

Оценка квалификации хирургов при проведении восстановительных операций у больных после обструктивных резекций прямой и ободочной кишки

И.А. МАТВЕЕВ, Б.К. ГИБЕРТ, П.Л. СМЕТАНИН, Д.Т. ХАСИЯ, Н.А. БОРОДИН

Областная клиническая больница №1, ул. Одесская, д. 46А, Тюмень, 625023, Российская Федерация

Актуальность Восстановительные операции после обструктивных резекций толстой кишки целесообразно выполнять в специализированных отделениях, в связи со сложностью операции, ее особенностями и высоким процентом послеоперационных осложнений и летальности.

Цель исследования Изучить результаты лечения восстановительных операций различными хирургами в специализированном центре, определить их рейтинг на основании оперативной активности и результатов лечения.

Материалы и методы Восстановительные операции после обструктивных резекций изучены у 161 больного. Операции проводились 3 хирургами (категория А,В,С), ими выполнено 134 вмешательства, и 9 хирургами (категория Д), выполнившими 27 операций.

Результат лечения определяли на основании частоты внутрибрюшных осложнений, исключены соматические осложнения и связанные с раневой инфекцией осложнения. Применена формула расчета, используемая авторами в других исследованиях, но с учетом количества, особенностей и сложности восстановительных операций.

Результаты и их обсуждение Выявлен высокий рейтинг у хирургов (А,В,С), которые специализируются в реконструктивной хирургии толстой кишки и выполнивших от 30 до 47 операций. Их рейтинг 19-83 баллов. У ведущего хирурга, при высокой частоте осложнений, рейтинг высокий, из-за количества и сложности выполняемых им операций. Низкий рейтинг - у хирургов (Д) - 13 баллов. Они редко проводили операции, имела место высокая частота послеоперационных осложнений.

Выводы Рейтинг хирурга зависит от количества восстановительных операций различной степени сложности и возникших при этом внутрибрюшных осложнений. Методика расчета рейтинга объективно отражает опыт и качество подготовки врача в конкретной области хирургии, и его результаты. При одинаковой квалификации (стаж работы, квалификационная категория, ученая степень) рейтинг выше у хирургов, специализирующихся в области восстановительной хирургии.

Ключевые слова Колостома, восстановительные операции, результаты лечения

Assessment of Qualification of Surgeons when Carrying Out Recovery Operations at Patients after Obstructive Resections of a Colon and Rectum

I.A. MATVEEV, B.K. GIBERT, P.L. SMETANIN, D.T. KHASIA, N.A. BORODIN

Regional Clinical Hospital №1, 46A Odessaia Str., Tiumen', 625023, Russian Federation

Relevance Reconstructive operation after obstructive colon resection is complex and high risk of complication and mortality.

Appropriate to carry out such operation in specialized department

The purpose of study Analyze results of treatment colostomy patients by different surgeon in specialized center. Determine their rating on the basis of operational activity and results of treatment.

Materials and methods Reconstructive operations after obstructive colon resection were studied in 161 patients. 134 operations were performed by 3 surgeons (category A, B, C) and 27 operations were performed by 9 surgeons (category D).

The treatment outcome was defined on the basis of study intraabdominal complications, excluded somatic and infectious aftereffects. Applying the formula calculation with considering quantity and difficulty reconstructive operation.

Results and their discussion The high rating of category A,B,C group of surgeon is 19-83 point. They specialized on reconstructive surgery of colon and performed from 30 to 47 operation. The leading specialist has many complication and most high rating, because of quantity and difficulty operations. Low rating of group D surgeons (13 points) due to the high level of complications and rare operating.

Conclusion Rating surgeons depends on number, difficulty of operations, and quantity of intraabdominal complications. Method of calculation rating objectively shows experience and results of surgeons. With the same qualification (experience, qualification category, scholastic degree), the better result among doctors, that specialized on reconstructive surgery.

Key words Colostomy, reconstructive operation, results of treatment

Восстановительные операции у больных с концевыми колостомами являются одним из сложных разделов хирургии и сопровождаются высоким уровнем послеоперационных осложнений и летальностью. Подобные вмешательства целесообразно выполнять

в специализированных учреждениях [1], но и в таких центрах результаты операций у хирургов не равнозначны. Одним из факторов, определяющих исход вмешательства, является уровень профессиональной подготовки врача, хорошая техника выполнения опе-

© И.А. Матвеев, Б.К. Гиберт, П.Л. Сметанин, Д.Т. Хасия, Н.А. Бородин. Оценка квалификации хирургов при проведении восстановительных операций у больных после обструктивных резекций прямой и ободочной кишки. Вестник экспериментальной и клинической хирургии, 2015; 8: 2: 243-247. DOI: 10.18499/2070-478X-2015-8-2-243-247

ративного пособия. Khoury D.A. и соавт., анализируя результаты лечения больных с колостомами в многопрофильной больнице, с целью минимизации послеоперационных осложнений рекомендуют ограничить число хирургов, выполняющих восстановительные операции [4].

Цель работы - изучить результаты восстановительных операций у больных после обструктивных резекций ободочной и прямой кишки различными хирургами с учетом сложности выполняемых вмешательств.

Материалы и методы

Восстановительные операции проведены у 161 пациента в период с 1999 по 2012 гг.

Больных женского пола было 78, мужчин – 83. Возрастной диапазон от 19 до 81 года, средний возраст – 52,9±13,25 года, медиана 53. Умерла 1 больная (0,6%) от острой сердечной недостаточности. Причинами выполнения обструктивных резекций были осложнения

дивертикулярной болезни у 57 (35,4%) больных, рака толстой кишки – 40 (24,84%), травма толстой кишки у 33 (20,49%) и острая хирургическая патология ободочной кишки у 31 (19,25%) человека.

Критерием оценки работы служили внутрибрюшные осложнения, которые угрожали жизни пациента и возникали, как правило, в результате нарушения тщательности выполнения техники или тактики вмешательства. Исключена раневая инфекция у 22 человек, которая не влияла на продолжительность послеоперационного пребывания больного в стационаре.

Внутрибрюшные осложнения возникли у 17 (10,55%) больных (табл. 1).

Несостоятельность анастомоза наблюдалась у 7 (4,32%) пациентов: у 2 параколические абсцессы вскрыты местным доступом, им наложены протекционные стомы; 2 выполнены релапаротомии с разобщением анастомоза; у 3 - несостоятельность протекала с возникновением каловых свищей, которые закрылись после консервативной терапии. Релапаротомии выпол-

Таблица 1

Внутрибрюшные осложнения после восстановительных операций

Характер осложнений	Количество больных	Количество релапаротомий
Внутрибрюшное кровотечение	1	1
Острая спаечная непроходимость	1	1
Незамеченное повреждение стенки кишки	3	3
Повреждение сосудов сальника	1	1
Несостоятельность анастомоза	7	2
Абсцессы брюшной полости	4	-
Итого	17	8

Table 1

Intra-abdominal complications after reconstructive operations

Type of complications	Patients number	Number of relaparotomies
Intraabdominal bleeding	1	1
Acute adhesive obstruction	1	1
Unnoticed damage of intestinal wall	3	3
Damage of omentum vessels	1	1
Anastomosis failure	7	2
Abdominal abscesses	4	-
Total	17	8

Таблица 2

Распределение восстановительных операций по степеням сложности и оценкой в баллах

Характер восстановительной операции	Степень сложности	Баллы
Анастомоз в брюшной полости без колопластики	1	1
Анастомоз в брюшной полости, выполнялась колопластика	2	2
Анастомоз в малом тазу, колопластика не проводилась	3	3
Анастомоз в малом тазу, выполнялась колопластика	4	4

Table 2

Distribution of recovery operations in their complexity and assessment in points

Type of the recovery operation	Level of difficulty	Points
Anastomosis in an abdominal cavity without coloplasty	1	1
Anastomosis in an abdominal cavity, performed coloplasty	2	2
Anastomosis in the pelvis, was not carried out coloplasty	3	3
Anastomosis in the pelvis, performed coloplasty	4	4

нены больным с внутрибрюшным кровотечением и с острой спаечной тонкокишечной непроходимостью. У 4 пациентгов локальным доступом дренированы абсцессы брюшной полости. У 4 человек возник перитонит, вследствие незамеченного во время лапаротомии повреждения петель тонкой кишки у 3 пациентов, перевязки сосудов большого сальника с развитием его некроза у 1 больной. Общим для них были сплошные рубцовые адгезивные сращения в брюшной полости, при разделении которых возникли недиагностированные интраоперационные ошибки.

Для оценки опыта специалиста исследуются различные статистические связи между объёмом работы и их результатами - летальностью и послеоперационными осложнениями. Наш опыт определения результатов работы врача на основании процентного соотношения количества операций и осложнений, метода индивидуального прогнозирования ошибок показал, что они не отражают объективно итоги деятельности специалиста, т.к. не учитывается сложность проведенных оперативных вмешательств. В связи с этим, в работе использован метод определения рейтинга хирурга с учетом количества операций различной сложности, тяжести осложнений и летальности [2,3]. По нашим наблюдениям он объективно отражает опыт врача в исследуемой области. В данном анализе, учитывая отсутствие летальности от причин связанных с хирургическими осложнениями, из формулы расчета рейтинга исключен коэффициент летальности и она выглядит следующим образом: $P = \{(1 \cdot N_1 + 2 \cdot N_2 + 3 \cdot N_3 + 4 \cdot N_4) - 5 \cdot O\} \cdot K$, где P - итог работы врача в баллах, его рейтинг, N_1, N_2, N_3, N_4 число операций 1, 2, 3, 4 степени сложности; 1, 2, 3, 4 - баллы сложности; O - число внутрибрюшных осложнений, 5 - коэффициент, определяющий значимость внутрибрюшных осложнений.

K - коэффициент сложности: отношение числа операций 2, 3, 4 степени к числу операций 1 степени сложности.

Сущность восстановительной операции у больных с концевыми колостомами заключается в наложении толстокишечного анастомоза. В тоже время, сложность вмешательства значительно различается в связи с его особенностями, которые учтены распределением их на 4 степени (табл. 2).

К восстановительным операциям наименьшей степени сложности (1 степень сложности, оценка 1 балл) отнесли вмешательства, когда выделяются дистальный и проксимальные концы толстой кишки и формируется анастомоз в брюшной полости или малом тазу на уровне 1 крестцового позвонка, где условия для манипуляций не отличаются от брюшной полости. При необходимости проведения колопластики операция определялась 2-ой степенью сложности и оценивалась в 2 балла. К 3 степени сложности (3 балла) отнесли оперативные вмешательства с наложением соустья в малом тазу, ниже 1 крестцового позвонка, без проведения колопластики. Восстановительные вмешательства 4 степени сложности (4 балла) – проведение колопластики и наложение анастомоза в малом тазу.

Восстановительные операции выполнены 12 хирургами, у всех стаж свыше 10 лет, высшая квалификационная категория. С организацией в клинике оказания реабилитационной помощи стомированным больным, с 2007 года восстановление непрерывности толстой кишки у больных с концевыми колостомами проводят 3 врача, у всех ученая степень, ими выполнено 134 операции. Девятью врачами, у 3 ученая степень, выполнено 27 вмешательств : пять хирургов оперировали по 1 больному, три - по 5 и один - 7 пациентов. Группы пациентов, оперированных различными вра-

Таблица 3

Рейтинг хирурга в реконструктивно-восстановительной хирургии толстой кишки

Код хирурга	Число операций по степени сложности				Всего	Число осложнений в брюшной полости	Рейтинг
	1	2	3	4			
А	16	4	20	7	47	10	120,12
В	39	6	10	2	57	1	38,76
С	20	1	7	2	30	1	23,0
Д	16	2	5	4	27	5	17,87
Итого	89	13	43	16	161	17	

Table 3

Rating of surgeon in reconstructive surgery of the colon

Surgeon's code	Number of operations due to operation difficulty level				Total	Number complications in an abdominal cavity	Rating
	1	2	3	4			
A	16	4	20	7	47	10	120,12
B	39	6	10	2	57	1	38,76
C	20	1	7	2	30	1	23,0
Д	16	2	5	4	27	5	17,87
Total	89	13	43	16	161	17	

чами отличались между собой сложностью проведения операции, по полу и возрасту были сопоставимы между собой.

Результаты и их обсуждение

Анализируются результаты работы каждого врача, постоянно выполняющего данные операции - код А,В,С и группы хирургов, эпизодически проводивших восстановительные вмешательства – код Д (табл. 3).

Рейтинг хирурга А - 120,12 балла, у него высокая хирургическая активность - 47 операций (29,19%), он чаще выполнял вмешательства повышенной сложности – 31 (65,95 %). Осложнения со стороны брюшной полости были у 10 человек: у 5 несостоятельность анастомоза, у 1 перитонит, из-за незамеченного повреждения петли тонкой кишки и у 4 - абсцессы брюшной полости.

У хирурга В рейтинг 38,76 балла, хирургическая активность - 57 (35,40%) операций, из них 18 (31,57%) повышенной сложности. Из осложнений в послеоперационном периоде - спаечная тонкокишечная непроходимость. Вмешательства им выполнялись из парастомальных доступов, анастомоз при этом располагался в брюшной полости, в центре раны, условия его наложения были удовлетворительными. Кроме того, при данном доступе в стороне остается выраженный спаечный процесс в области срединного рубца, объем рассечения адгезивных сращений был меньше, чем при срединных лапаротомиях, реже возникали травмы стенок кишок при их выделении. Непроходимость возникла при поперечном доступе у больной со спаечным конгломератом в области культи и стомы.

Рейтинг у хирурга С - 23,0 балла, им оперировано 30 (18,63%) больных, у 10 (33,33%) вмешательства повышенной сложности. Возникло 1 осложнение - перитонит из-за перевязки сосудов сальника и его некроза.

У группы хирургов Д рейтинг – 17,87 балла, ими выполнено 27 (16,77%) восстановлений непрерывности кишки, из которых у 11 (40,27%) – операции 2-4 степени сложности. После операции возникли осложнения: несостоятельность межкишечного анастомоза, незамеченное повреждение тонкой кишки по 2 больных, внутрибрюшное послеоперационное кровотечение у 1-го пациента.

Таким образом, изучая результаты работы врачей при проведении восстановительных операций с учетом сложности проводимых вмешательств и возникших при этом внутрибрюшных осложнений был определен рейтинг как отдельного хирурга, так и коллектива врачей.

Исследование показало значительную разницу результатов работы специалистов. Оно подтвердило очень высокую квалификацию ведущего хирурга кли-

ники, его рейтинг значительно превышает балльную оценку работы других врачей, не смотря на частоту послеоперационных осложнений, обусловленную сложностью и травматичностью пособий. Получены относительно высокие оценки результата работы врачей постоянно занимающихся восстановительными операциями. Более низкий рейтинг у высококвалифицированных хирургов, но оперирующих стомированных пациентов эпизодически.

Планирование восстановительных вмешательств в клинике проводится с учетом рейтинга хирурга и сложности операции. Повторное восстановление непрерывности кишечника после предшествующих неудавшихся вмешательств, выполненных в различных клиниках, при короткой культе прямой кишки выполняется хирургом А. В его отсутствие операции данной сложности, как правило, не планируются.

Хирург В проводит восстановление непрерывности кишечника при менее сложных ситуациях и ассистирует хирургу А при вмешательствах повышенной трудности. Хирург С, четыре врача группы Д из-за возраста или перехода в другие клиники в настоящее время не оперируют. При проведении восстановления непрерывности толстой кишки другими специалистами в операционную бригаду ассистентами обязательно включаются врачи специализирующиеся в данном разделе реконструктивной хирургии.

Таким образом, специализация хирургов при проведении восстановительных операций у больных с концевыми колостомиями, формирование операционной бригады с учетом степени сложности операции и квалификации хирурга в данной области позволило выполнить восстановление непрерывности кишечного тракта у 161 больных с концевыми кишечными свищами без летальных исходов от хирургических осложнений.

Выводы

1. Рейтинг хирурга зависит от количества проведенных восстановительных операций различной сложности и возникших при этом внутрибрюшных осложнений. Рассчитанный по примененной методике рейтинг объективно отражает подготовку специалиста в данном разделе восстановительной хирургии. При одинаковой квалификации (стаж работы, квалификационная категория, ученая степень) он выше у врачей специализирующих в реконструктивной хирургии толстой кишки.

2. Учет рейтинга хирурга при планировании восстановления непрерывности кишечника у больных после обструктивных резекций ободочной и прямой кишки способствует улучшению результатов работы клиники.

Список литературы

1. Ачкасов С.И., Сушков О.И., Москалев А.И. Реконструктивно-восстановительные операции у больных с кишечными стомами. Медицинская реабилитация в колопроктологии: сб. материалов научно-практической конференции. Ставрополь, 2012; 12-15.
2. Королев Б.А., Пиковский Д.Л. Экстренная хирургия желчных путей. М. Медицина, 1990; 240.
3. Комаров Н.В. О квалификации хирурга в неотложной хирургии. Вестник хирургии, 1997; 5: 85-87.
4. Khoury DA, Beck DE, Opelka FG, Hicks TC, Timmcke AE, Gathright JB Jr. Colostomy closure: Ochsner Clinic experience. *Dis. Colon Rectum*, 1996; 39: 605-609.
Поступила 19.02.2013

Информация об авторах

1. Матвеев И.А. - врач-колопроктолог отделения гнойной хирургии ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №1». E-mail: matveevia@mail.ru;
2. Гиберт Б.К. - д.м.н., проф., зав. кафедрой факультетской хирургии ТюмГМА, зам. главного врача по лечебной работе ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №1»;
3. Сметанин П.Л. - врач-хирург отделения гнойной хирургии ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №1»;
4. Хасия Д.Т. - зав. отделением гнойной хирургии ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №1»;
5. Бородин Н.А. - д.м.н., профессор кафедры факультетской хирургии ТюмГМА.

References

1. Achkasov S.I., Sushkov O.I., Moskalev A.I. Reconstructive surgery in patients with intestinal stoma. *Medicinskaja rehabilitacija v koloproktologii* [Proc. of conf. "Medical rehabilitation in coloproctology"]. Stavropol', 2012; 12-15. - (in Russ.).
2. Korolev B.A., Pikovskij D.L. *Jekstrennaja hirurgija zhelchnyh putej* [Emergency surgery of the biliary tract]. Moscow: Medicina, 1990; 240. - (in Russ.).
3. Komarov N.V. About qualification of the surgeon in an urgent surgery. *Vestnik hirurgii*, 1997; 5: 85-87. - (in Russ.).
4. Khoury DA, Beck DE, Opelka FG, Hicks TC, Timmcke AE, Gathright JB Jr. Colostomy closure: Ochsner Clinic experience. *Dis. Colon Rectum*, 1996; 39: 605-609.
Поступила 19.02.2013

Informaton about the Authors

1. Matveev I. - surgeon, Tiumen' regional hospital №1. E-mail: matveevia@mail.ru;
2. Gibert B. - MD., prof. of Tiumen' medical academy;
3. Smetanin P. - surgeon of Tiumen' regional hospital №1;
4. Hasia D. - surgeon of Tiumen' regional hospital №1;
5. Borodin N. - prof. of Tiumen' medical academy.