

Министерства здравоохранения Российской Федерации
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов

Научно-исследовательская работа на тему:

**Причины затруднений и ошибок в своевременной диагностике
острой хирургической патологии**

Выполнил: студент 4 курса 5 группы
педиатрического факультета

Гулакян Михаил Варужанович

*Проверено:
Кузнецко Ю.В.
«кер»*

Волгоград 2018г.

Оглавление

Актуальность проблемы.....	3
Причины затруднений и ошибок в своевременной диагностике острой хирургической патологии.....	5
Затруднение диагностики острого аппендицита.....	7
Заключение.....	10
Вывод.....	11
Список литературы.....	12

Актуальность проблемы.

За последние несколько лет значительно изменилась структура острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, методы обследования и лечебная тактика, что позволило улучшить результаты лечения и снизить летальность. По частоте на первое место вышли осложнения желчнокаменной болезни (острый холецистит, обтурационная желтуха), потеснив на второе место острый аппендицит. Больные с желчнокаменной болезнью и ее осложнениями составляют до четверти всех больных общехирургических стационаров, а число операций по поводу этого заболевания сравнялось с числом аппендэктомий, все шире внедряется лапароскопический способ операций. Ультразвуковое исследование значительно упростило постановку диагноза острого холецистита и обтурационного холедохолитиаза, а наложение экстренной микрохолецистостомы позволяет вывести больных из тяжелого состояния и подготовить к операции в отсроченном периоде. В результате значительно снижается послеоперационная летальность .

В последнее десятилетие прослеживается явная тенденция к снижению уровня заболеваемости острым аппендицитом, что можно объяснить как истинным снижением числа больных, так и результатом более осторожного отношения хирургов к диагнозу острого аппендицита, стремлением снизить количество необоснованных аппендэктомий за счет улучшения качества предоперационной диагностики. В тоже время даже на современном уровне развития хирургии проблема дооперационной диагностики порой остается нерешенной: не удается избежать диагностических и тактических ошибок, остается проблема точности диагноза, что достаточно убедительно на примере острого аппендицита - процент червеобразных отростков без морфологических признаков воспаления остается на уровне 25 -30 %.

Третьим по частоте острым заболеванием органов брюшной полости является острый панкреатит (15 - 20 %), причем половина больных страдает деструктивными формами острого панкреатита. Внедрение экстренной лапароскопии с дренированием брюшной полости и проведением перигонияльного лаважа, внутриартериальное введение цитостатиков и жидкостей позволяют вывести больного из состояния ферментативной эндогенной интоксикации. В диагностическом плане на современном этапе в повседневную практику хирурга включаются ультразвуковые методы диагностики,

компьютерная томография органов брюшной полости, диагностическая лапароскопия, прицельное пунктирование

При прободных язвах помимо традиционных методов оперативного лечения используются лапароскопические ушивания язвы, с последующим проведением противоязвенной консервативной терапии и эндоскопическим контролем. При осложнении язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки кровотечением внедряются эндоскопические методы его остановки с последующей массивной противоязвенной терапией.

В последнее десятилетие отчетливо прослеживается курс на создание и внедрение в хирургическую практику малотравматичных технологий операционного дела, эндовидеохирургических операций, оценивается их клиническое, социальное и экономическое преимущества.

Причины затруднений и ошибок в своевременной диагностике острой хирургической патологии

В структуре дефектов медицинской помощи у больных с острой хирургической патологией в одном из городов России, была проведена экспертиза. В ходе которой были получены такие данные: преобладание дефектов лечения составило 54,7% случаев от общего числа дефектов проведенных экспертиз. Дефекты диагностики составили 42,3%, они были обусловлены неполным обследованием больных, неправильным и несвоевременным установлением диагноза.

Неправильная диагностика острой абдоминальной хирургической патологии на догоспитальном этапе отмечалась в 32,8% случаев.

Большинство неотложных заболеваний органов брюшной полости, сопровождающихся синдромом острой абдоминальной боли, относятся к хирургической патологии, требуют наблюдения и лечения в условиях стационара, а зачастую и ранней хирургической операции. Симптом абдоминальной боли всегда следует рассматривать как urgentный, по крайней мере, до тех пор, пока диагноз абдоминальной катастрофы не будет отвергнут или подтвержден.

Трудности выявления острых заболеваний органов брюшной полости на догоспитальном этапе обусловлены:

- отсутствием четкой клинической симптоматики
- дефицитом времени у врача для наблюдения за больным
- ограниченными возможностями в плане лабораторных и инструментальных исследований.

Между тем, неадекватная диагностика в дебюте патологического процесса, как и несвоевременное обращение за медицинской помощью, напрямую влияют на исход острых хирургических заболеваний органов брюшной полости.

Согласно литературным источникам, поздняя госпитализация больных с urgentной патологией органов брюшной полости отмечается в 37-85% случаев, а врачебные ошибки на догоспитальном этапе регистрируются в 31-81% наблюдений.

По данным Б.С. Брискина в крупных городах России врачами скорой медицинской помощи острый аппендицит диагностируется только у каждого четвертого пациента,

острая кишечная непроходимость и острый панкреатит - у каждого седьмого, перфоративная гастродуоденальная язва и ущемленная грыжа - у каждого девятого больного с данной патологией, а в 21% наблюдений диагноз острой хирургической патологии, установленный врачами скорой медицинской помощи, вообще не находит подтверждения.

При детальном анализе установлено, что на догоспитальном этапе доля случаев с неправильно или поздно установленным диагнозом была наибольшей у врачей поликлиники — 13 случаев (19,4%). Из них в 6 случаях (9,0%) у хирургов, а в 7 случаях (10,4%) у участковых терапевтов, которые неправильно поставили диагноз, не консультировались с хирургом, недооценили тяжесть состояния пациентов, и поздно направили их на стационарное лечение.

Дефекты, допущенные врачами скорой помощи, выражались в недооценке тяжести состояния больных, в установлении неправильного диагноза и поздней госпитализации — в 9 случаях (13,4%).

Дефекты диагностики острой абдоминальной хирургической патологии в условиях стационара, были обусловлены:

- игнорированием или неумелым сбором жалоб и анамнеза заболевания
- ошибочной трактовкой клинических данных
- неправильной интерпретацией результатов рентгенологического исследования дежурными хирургами, особенно при острой кишечной непроходимости, несвоевременным использованием диагностических технологий (25 случаев (37,3%), таких как:
 - ультразвуковое исследование (УЗИ),
 - компьютерная томография (КТ),
 - эндоскопия и лапароскопия

что привело к позднему установлению диагноза.

Кроме того, дефекты диагностики были обусловлены:

1) ошибками, вызванными неправильным заключением, сделанным узким специалистом после инструментальных методов исследования — 3 случая (4,4%), что привело к запозданию диагностики и задержке оперативного вмешательства;

2) ятрогенией при диагностических манипуляциях — в 3 случаях (4,4%) — повреждение прямой кишки при проведении диагностической ректороманоскопии, повреждение пищевода при выполнении ФГДС и повреждение селезенки во время лапароскопии.

Диагностические ошибки способствовали наступлению летального исхода в 22 случаях (32,8%).

Несмотря на проведенное условное деление дефектов оказания медицинской помощи необходимо отметить, что в большинстве случаев они встречались совместно — неполное обследование больного приводило к неправильному или несвоевременному установлению диагноза и, следовательно, к неадекватному или запоздалому лечению.

Организационные дефекты при оказании медицинской помощи больным с острой абдоминальной хирургической патологией наблюдались в 29% случаев.

Прежде всего это выражалось в выполнении хирургических операций молодыми специалистами без участия опытных хирургов, отсутствии подготовленных специалистов в дежурной хирургической бригаде по эндоскопии, лапароскопии, ультразвуковой диагностике, при наличии этих служб в больнице.

Недостаточное обследование в условиях стационара повлекло принятие неправильного решения в 38,3% случаев.

Причинами дефектов лечения были преимущественно: неполноценное лечение вследствие допущенных технических и тактических ошибок — в 34 случаях (50,7%). Примером несвоевременной диагностики и дефекта лечения может быть запоздалое проведение операции при остром аппендиците (после перфорации червеобразного отростка, при наличии перитонита).

Затруднение диагностики острого аппендицита

Диагностика острого аппендицита сложна тем, что построена только на основании клинических данных: изучения анамнеза, жалоб больного, данных осмотра, ощупывания передней брюшной стенки, выявления аппендикулярных симптомов.

Лабораторные данные не являются специфичными для острого аппендицита, поскольку они свидетельствуют о наличии только воспалительного процесса и в несколько большей степени характеризуют интенсивность воспаления (лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы крови влево, наличие токсической зернистости нейтрофилов и др.).

Даже характерные, казалось бы, именно для острого аппендицита симптомы Ровсинга, Ситковского, Образцова и др. неспецифичны и, как и симптом Щеткина - Блюмберга, свидетельствуют только о наличии воспаления брюшины в правой подвздошной области.

Эту же точку зрения высказывают В. В. Виноградов и С. С. Акперов (1978), которые считают, что истинное значение многих "специфических" для острого аппендицита симптомов невелико и нередко общепринятые методы обследования больных с острым аппендицитом не позволяют установить правильного диагноза.

Ошибки диагностики острого аппендицита, даже если его течение достаточно типично, далеко не так редки, как представляется на первый взгляд. Об этом свидетельствуют данные литературы, говорящие о значительных в процентном отношении расхождениях между клиническим диагнозом острого аппендицита и патологическими изменениями, обнаруживаемыми при гистологическом исследовании.

Серьезные недостатки были выявлены в оформлении медицинской документации. Дефекты ведения медицинской документации у больных с острой абдоминальной хирургической патологией были выявлены в 29% случаев.

Часто врачи недооценивали значение медицинской карты — важного учетно-оперативного медицинского, и юридического документа.

Отмечено небрежное ведение истории болезни, где неполно излагался анамнез заболевания, коротко были описаны результаты объективного осмотра, записи о динамическом наблюдении больного проводились неинформативно, почерк был неразборчив.

Отсутствовала запись обоснования клинического диагноза, выполнения назначений, разъяснения больному и родственникам возможных неблагоприятных последствий, отдельных инвазивных манипуляций, согласия (несогласия) на проведение операций.

Нередко возникновение судебного дела было связано с нарушением принципов деонтологии в виде негативных оценок врачом качества предыдущего лечения, даваемого в присутствии больного, а также с недостаточной информацией, которую пациенты получают в связи с предстоящей операцией.

При изучении причинно-следственной связи между дефектами оказания медицинской помощи и исходами заболевания в ходе комиссионных судебно-медицинских экспертиз не только устанавливалось наличие и характер дефектов медицинской помощи, но и оценивалось их влияние на исход заболевания. Известно, что неблагоприятный исход может быть обусловлен не только неправильными действиями (или бездействием) медицинского работника, но и объективными обстоятельствами — тяжестью заболевания, особенностями его течения, декомпенсацией вследствие необратимых изменений жизненно важных систем организма, что не всегда находило отражение в истории болезни.

Дефекты в оказании медицинской помощи больным с острой хирургической патологией, которые непосредственно привели к неблагоприятному исходу (смерти больного или стойкому нарушению состояния здоровья) или способствовали ему, составили 69,6%.

Из 67 случаев только в двух (3%), закончившихся летальным исходом, не были выявлены дефекты диагностики и лечения. Экспертами действия врачей были признаны правильными, а летальный исход был обусловлен поздним обращением пациентов за медицинской помощью.

В 20% случаев дефекты диагностики и лечения влияли на временное нарушение состояния здоровья и служили поводом для возмещения материального и морального ущерба. Дефекты диагностики и лечения, которые не повлияли на исход заболевания, составили 8,3%.

В ургентной ситуации сложности в диагностике заболевания нередко возникают при невозможности полноценного исследования больного вследствие отсутствия времени, нужных диагностических средств на данном этапе оказания медицинской помощи. Выбор

оптимального решения врача во многом зависит от его квалификации и компетентности, от той информации, которую он получает, проводя помимо клинического обследования рентгенологическое, ультразвуковое, эндоскопическое, лапароскопическое или используя другие методы современного инструментального исследования.

Заключение

Проведенные исследования по лечению больных с острой хирургической патологией органов брюшной полости свидетельствуют, что применение современных медицинских технологий позволяет значительно уменьшить число диагностических ошибок и снизить процент неблагоприятных исходов. Однако во многих медицинских учреждениях работающих в режиме скорой помощи:

- не организована круглосуточная эндоскопическая служба
- нет возможности проводить ультразвуковое исследование
- практически ни в одной больнице не дежурят рентгенологи, снимки, сделанные рентгенотехниками, часто некачественные, их интерпретация затруднительна.

Часто по неотложной помощи не дежурят хирурги, владеющие эндовидеохирургическим способом диагностики и лечения больных с острой абдоминальной хирургической патологией.

В то же время выявленные дефекты медицинской помощи больным с острой хирургической патологией еще раз подчеркивают, насколько ответственна и сложна практическая деятельность хирурга, как остро стоит вопрос повышения его квалификации, как важно, чтобы экстренная хирургическая служба в лечебно-профилактических учреждениях была грамотно организована.

Вывод

Результаты исследования позволяют выделить основные условия, при которых можно улучшить оказание экстренной помощи пациентам и значительно уменьшить риск обвинения врача в наступлении неблагоприятного исхода:

- 1) повышать квалификацию хирурга, оказывающего экстренную хирургическую помощь;
- 2) получать информированное добровольное письменное согласие больного на медицинское вмешательство
- 3) оказывать медицинскую помощь в соответствии со стандартами (протоколами) лечения больных с данной патологией, а при отсутствии таковых в соответствии с канонами медицинской науки и практики
- 4) выбирать оптимальный и наименее инвазивный метод диагностики и лечения, способный предотвратить ятрогению;
- 5) учитывать индивидуальные характеристики и особенности состояния здоровья конкретного больного
- 6) должным образом и своевременно вести медицинскую документацию;
- 7) во всех необходимых случаях осуществлять консультации пациента другими специалистами.

Список литературы

1. <https://cyberleninka.ru/search>

2. Мерзликин Н. В. Хирургические болезни: учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело" дисциплины "Хирургические болезни" В 2-х тт. Том 1 [Текст] / Мерзликин Н. В., Бражникова Н. А., Альперович Б. И. и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.- 400 с.: ил., цв. ил. - Библиогр.: С.398-399 .

3. Черноусов А.Ф. Хирургические болезни: учебник [Электронный ресурс] / Под ред. А.Ф. Черноусова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.- 664 с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>

4. Неотложная хирургия. Диагностика и лечение острой хирургической патологии. - М.: Книга, **2015**. - 336 с.

5. Полный справочник травматолога. - М.: Эксмо, **2013**. - 736 с.

6. Острый панкреатит. Дифференцированная лечебно-диагностическая тактика / М.В. Лысенко и др. - Москва: **Наука**, **2015**. - 176 с.

7. Хирургические ошибки , Белов С.С , 2016 г.

8. Путешествие по телу хирурга « Гивен Фрэнсис» 2017.

Рецензия

**на научно-исследовательскую работу, предусмотренную программой
производственной практики "Производственная клиническая практика
(помощник врача стационара, научно-исследовательская работа)»
обучающегося по специальности 31.05.02 Педиатрия 4 курса 5 группы**

Гулакяна М.В.

Представленная для отчета научно-исследовательская работа по производственной клинической практике (помощник врача стационара, научно-исследовательская работа) соответствует направлению практической подготовки специалиста квалификации Врач-педиатр. Научно-исследовательская работа представлена в сроки, предусмотренные учебным планом. При защите научно-исследовательской работы обучающийся показал высокий уровень владения знаниями по теме работы, дал четкие, исчерпывающие ответы при зачете.

Работа частично оформлена в соответствии с требованиями к научно-исследовательской работе. В научно-исследовательской работе содержатся современные сведения по актуальным вопросам хирургии, имеется список литературы, оформленный с недочетами, некорректно оформлен план работы, имеются недочеты при оформлении печатной работы.

В целом студент освоил предусмотренные рабочей программой производственной клинической практики (помощник врача стационара, научно-исследовательская работа) компетенции, научно-исследовательская работа зачтена с оценкой «хорошо».

Ответственный по производственной
клинической практике
(помощник врача стационара,
научно-исследовательская работа),
доцент



Кухтенко Ю.В.