

## ОЦЕНКА ПРАКТИКИ МОНИТОРИНГА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Хромец А. В., Пугач А. С. Климук С. А.

*Кафедра общей хирургии*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Резюме.** В плановой и экстренной хирургии послеоперационные осложнения встречаются нередко, несмотря на это, учет и анализ их частоты затрудняется из-за отсутствия возможности их соответствующей регистрации. Причиной этого является как отсутствие единой системы учета, так и специфика работы со случаями такого типа.

**Ключевые слова:** гнойная хирургия, послеоперационные осложнения, антибиотикотерапия, оперативное лечение, внутрибольничная инфекция.

**Resume.** Postoperative complications occur quite often, whilst their analysis and monitoring are still an important issue, because all the complications occurred are assessed imperfectly due to lack of unified reporting system and specific approach of health care system to this issue.

**Keywords:** Suppurative surgery, postoperative complications, antibiotic therapy, surgical treatment, nosocomial infection.

**Актуальность.** Послеоперационные осложнения (ПОО) - причина значительных экономических потерь для стран всего мира. Они ухудшают результаты оперативного лечения, влияют на итоговые показатели качества работы хирургических отделений. Возникновение ПОО трудно отследить, так как их развитие по ряду причин может в документах не отражаться. Различный подход к терминологии осложнений, а также местные особенности регистрации случаев, когда учитывается основное состояние, а не особенности течения послеоперационного периода, в целом могут затруднять полноценный контроль развития проблемы.

**Цель:** Изучить структуру локальных раневых ПОО в общехирургическом отделении.

**Задачи:** 1. Оценить частоту регистрации послеоперационных осложнений в отделении общехирургического профиля.

2. Сформулировать и обосновать принципы регистрации послеоперационных осложнений.

**Материалы и методы исследования.** Изучены карты стационарных пациентов 1-го хирургического отделения 5 ГКБ г. Минска и хирургического отделения 4-й ГКБ. Учитывались случаи, в которых имело место вероятное или достоверное возникновение локальных ПОО. Критерии включения: пациенты, повторно поступившие в хирургическое отделение с диагнозом «состояние после операции» либо переведенные в отделение гнойной хирургии после операции в отделении «чистой» хирургии; диагноз, в текстовой форме либо по коду МКБ-10 соответствующий ПОО; выполнение оперативного вмешательства в том же лечебном учреждении, где проводилось долечивание пациента с осложнением.

**Результаты исследования.** Всего за отчетный период было выполнено 5503 оперативных вмешательства, при этом было выявлено 16 зарегистрированных (т.е.

отмеченных в карте стационарного пациента в форме основного диагноза, либо как осложнение) случаев локальных ПОО у пациентов, прооперированных за 2015-2017 календарные годы в 1-м хирургическом отделении 5-й ГКБ; в общехирургическом отделении 4-й ГКБ было выявлено 20 таких карт (всего 36). Частота осложнений составила 0,88% от всех вмешательств в 5 ГКБ и 0,28% - в 4 ГКБ. Медиана возраста пациентов составила 52 года (интерквартильный диапазон, ИКД: 37,5; 57,7).

Оперативное лечение (дренирование абсцессов, иссечение послеоперационных лигатурных свищей) потребовалось в 13 случаях: инфильтрат послеоперационного рубца был зарегистрирован в 12 случаях в 4 ГКБ и в 3 – в 5 ГКБ. Лигатурный свищ был диагностирован у 3 пациентов и 1 пациента в 4 и 5 ГКБ соответственно. Серома послеоперационного рубца была диагнозом у 2 и 10 пациентов соответственно 4 и 5 ГКБ. Гранулема послеоперационной раны отмечалась только в 3 случаях 4 ГКБ, тогда как в 5 ГКБ 1 пациенту был выставлен диагноз «забрюшинный абсцесс». Раннее образование грыжи указано в 1 случае из 5 ГКБ (таблица 1).

Таблица 1. Распределение диагнозов пациентов в клиниках г. Минска

Диагноз	4 ГКБ	5 ГКБ
Инфильтрат П/О рубца	12	3
Лигатурный свищ П/О раны	3	1
Серома П/О рубца	2	10
Гранулема П/О раны	3	0
Забрюшинный абсцесс	0	1
П/О грыжа	0	1

П/О – послеоперационный

Нестерильные посевы из очага получены в 4 случаях, все высеянные штаммы относились, согласно антибиотикограмме, к внебольничной флоре, чувствительной к эмпирически назначенным антибиотикам (таблица 2); таким образом, наши данные соответствуют мировой практике, т.е. основной источник раневой инфекции – эндогенное инфицирование.

Таблица 2. Микрофлора гнойных ран и спектр антибиотикорезистентности

Возбудитель	Микробное число	Чувствительность к АБ
<i>Escherichia coli</i>	Менее $10^3$	Чувствителен к основным группам АБ
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	$10^3$	Резистентность по отношению к азитромицину и пенициллину G
<i>Staphylococcus aureus</i>	Менее $10^3$	Чувствителен к основным группам АБ
<i>Staphylococcus aureus</i>	$10^6$	Чувствителен к основным группам АБ

«Основные группы» = пенициллины, цефалоспорины, фторхинолоны, карбапенемы, макролиды

#### Выводы:

1. Зарегистрированная частота осложнений не превышала 1 процента, и лишь

в трети случаев потребовалось оперативное лечение. В посевах была выявлена флора «дикого типа», что позволило успешно применять эмпирическую терапию антибиотиками первой линии.

2. С учетом литературных данных, предполагается вероятность недоучета ПОО, что может привести к повышенным финансовым затратам на долечивание пациента. Принципиальным моментом разработки системы регистрации осложнений должна быть достоверность исходной информации. Явление со стороны раны не должно считаться «наказуемым», но должно относиться к рутинно мониторируемым параметрам качества медицинской помощи. Таким образом, первым шагом в разработке алгоритма должен пересмотр значения факта осложнения. Это позволит сделать систему более прозрачной и беспристрастной.

#### Литература

1. Complications in surgical patients / M. A. Healey, S. R. Shackford, T. M. Osler, F. B. Rogers и др. // Archives of surgery. – 2002. - №137 (5). – Discussion 617-8.

2. Стручков В. И. Руководство по гнойной хирургии / В. И. Стручков, Ю. В. Стручков, В. К. Гостищев. – М.: Медицина, 1984. – 512 с.

3. Complications in surgical patients, Healey MA, Shackford SR, Osler TM, Rogers FB, Burns E. Arch Surg. 2002 May;137(5):611-7; discussion 617-8.