

<https://doi.org/10.17816/mechnikov201911147-54>

СЛОЖНОСТИ ИНТЕРПРЕТАЦИИ КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЕЕ ЭКСПЕРТИЗЕ В СЛУЧАЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

К.Н. Мовчан^{1,2}, А.Е. Демко², В.В. Татаркин¹, И.М. Батыршин²

¹ Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург;

² СПбГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр», Санкт-Петербург

Для цитирования: Мовчан К.Н., Демко А.Е., Татаркин В.В., Батыршин И.М. Сложности интерпретации критериев оценки качества оказания медицинской помощи при ее экспертизе в случае острого аппендицита // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. – 2019. – Т. 11. – № 1. – С. 47–54. <https://doi.org/10.17816/mechnikov201911147-54>

Поступила: 16.01.2019

Одобрена: 18.02.2019

Принята: 04.03.2019

♦ При расстройствах здоровья пациенты, порой без должных оснований, предъявляют специалистам медицинских организаций обвинения в предоставлении медицинской помощи ненадлежащего качества. Так происходит и при остром аппендиците, а также в случаях его осложнений. В статье приводятся данные о клиническом наблюдении больной острым аппендицитом с особенностями дифференциальной диагностики заболевания и нетипичной тактикой лечения, у которой возникли нарекания на качество оказания ей медицинских услуг. Соблюдение принципов деонтологии при взаимоуважительном отношении медработников и пациентов способствует предупреждению претензий пациентов к качеству оказанной им медицинской помощи.

♦ **Ключевые слова:** качество медицинской помощи; острые хирургические заболевания органов брюшной полости; острый аппендицит.

DIFFICULTIES IN INTERPRETING THE CRITERIA FOR ASSESSING MEDICAL CARE PROVISION IN ACUTE APPENDICITIS

K.N. Movchan^{1,2}, A.E. Demko², V.V. Tatarkin¹, I.M. Batirshin²

¹ North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russia;

² Medical Informational and Analytical Center, Saint Petersburg, Russia

For citation: Movchan KN, Demko AE, Tatarkin VV, Batirshin IM. Difficulties in interpreting the criteria for assessing medical care provision in acute appendicitis. *Herald of North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov*. 2019;11(1):47-54. <https://doi.org/10.17816/mechnikov201911147-54>

Received: January 16, 2019

Revised: February 18, 2019

Accepted: March 4, 2019

♦ Some patients experiencing health problems unreasonably bring charges against medical specialists because of inadequate medical care providing. It occurs in cases of acute appendicitis as well as in cases of its complications. This article presents data about clinical observation of the patient suffering from acute appendicitis with diagnosis peculiarities, unusual tactic of treatment with the subsequent dissatisfaction in this regard with the quality of health care provision. Compliance with the deontological principles showing mutual respect on the part of both the medical staff and patients may prevent bringing charges against organizations because of inadequate medical care provision.

♦ **Keywords:** quality of medical care; acute surgical diseases of the abdominal organs; acute appendicitis.

Введение

Острый аппендицит (ОА) — одно из самых распространенных острых хирургических заболеваний органов брюшной полости [2, 3, 7, 8, 11, 15, 16, 19]. Однако его верификация порой оказывается непростой из-за атипичности про-

явлений [1, 13, 19]. По образному выражению И.И. Грекова [4], ОА клинически представляет собой «хамелеоноподобное» патологическое состояние, характеризующееся многообразным манифестных форм. Из-за высокой частоты

случаев скрытого течения заболевания обследование и лечение больных ОА может сопровождаться ошибками в диагностике с принятием нерациональных тактических решений при выборе объемов и технологий оказания медицинской помощи (МП) [1, 5, 10, 14, 20, 21]. Осложнения, сопровождающие аппендэктомию (АЭ), даже в настоящее время могут оказаться фатальными [15, 18]. Возможности целенаправленной реабилитации пациентов, перенесших АЭ при осложненном течении послеоперационного периода, не всегда обеспечивают быстрое восстановление организма после хирургического вмешательства [1, 6, 9]. Это побуждает больных, часто без должных на то оснований, выражать претензии в отношении качества проводимого им лечения. При осложнениях ОА и АЭ оценка качества медицинской помощи (КМП) может представлять непростую задачу [8, 10, 12, 20, 21]. Так нередко происходит при исходах заболевания, сопровождающихся стойким нарушением трудоспособности пациентов [10, 14]. Вследствие этого особенности оценки качества обследования и лечения больных с ОА могут быть не только предметом научных дискуссий [10, 17–21], но и поводом для пациентов к предъявлению претензий (на клинико-экспертном, юридическом уровнях) по содержанию оказанной им МП [10, 14].

Материалы и методы

Примером, демонстрирующим ситуацию, в которой пациент предъявляет нарекания на качество оказанной ему МП в случаях болезненного состояния, обусловленного ОА и его осложнениями, может служить следующее наблюдение.

Пациентка Т., 24 года, жительница Санкт-Петербурга, заболела вечером 15.02.2018: почувствовала боль в правой подвздошной области и тошноту. Повысилась температура тела. Ранее пациентка наблюдалась у гинеколога по поводу кисты правого яичника. Утром 16.02.2018 больную осмотрел врач поликлиники по месту жительства. Так как при обследовании отмечались выраженные боли в животе (даже на фоне приема обезболивающих препаратов) и не исключались симптомы раздражения брюшины, бригадой скорой медицинской помощи (СМП) больная была доставлена в один из так называемых скорпомощных стационаров Санкт-Петербурга (в 10 ч 48 мин 16.02.2018) с диагнозом «острый аппендицит?». Пациентка была обследована в отделении экстренной медицин-

ской помощи (ОЭМП). Подозрение врачей догоспитального этапа («острый аппендицит?») не отвергнуто. Выполнен ряд лабораторных и инструментальных исследований: общий анализ крови — гемоглобин 124 г/л; лейкоциты — $8,88 \cdot 10^9$ /л; СОЭ — 8 мм/ч; биохимическое исследование крови — показатели в пределах нормы; рентгенография груди, УЗИ брюшной полости (БрП) — киста правого яичника (6,5 × 5,5 см), небольшое количество жидкости в малом тазу; ЭКГ — синусовый ритм 65 в минуту, единичная (предсердная) экстрасистола. Консультации: гинеколога — киста правого яичника, болевой синдром (?), эктопия шейки матки; терапевта — дополнений нет.

С диагнозом «острый аппендицит? Киста правого яичника с болевым синдромом?» пациентка госпитализирована в хирургическое отделение (14 ч 00 мин) для динамического наблюдения. Время пребывания в отделении ОЭМП составило 3 ч 12 мин. Через 10 мин после госпитализации осмотрена заведующим хирургическим отделением и лечащим врачом. Данные дифференциальной диагностики: киста правого яичника, болевой синдром? острый аппендицит? Оценка по шкале Альварато — 4 балла (низкая вероятность аппендицита). Динамическое наблюдение за больной продолжено. До завершения календарных суток пациентке дважды (в 20 ч 00 мин и 23 ч 50 мин) осуществлен осмотр дежурными хирургами: отрицательной динамики не отмечено.

В 00 ч 00 мин 17.02.2018 в связи с сохранением болей в животе решено выполнить диагностическую лапароскопию (после 12 часов наблюдения и через 2 часа от принятия решения о необходимости операции).

17.02.2018 с 02 ч 05 мин до 02 ч 45 мин (40 мин) проведена лапароскопия, в ходе которой выявлены:

- мутный выпот (до 100 мл) в малом тазу, в правой подвздошной ямке (здесь же гиперемия брюшины) и по ходу правого бокового канала (содержимое брюшной полости взято на посев и удалено);
- червеобразный отросток (ЧО) длиной 8 см, расположен типично, напряжен, утолщен, на его поверхности визуализируются инъецированные сосуды, покрыт фибрином, к нему подпаян участок большого сальника;
- киста правого яичника 7 × 6 × 4 см (рекомендация гинеколога: воздержаться от резекции яичника на фоне острых воспалительных изменений в ЧО).

Операционный диагноз: «Флегмонозный аппендицит. Местный неотграниченный перитонит. Киста правого яичника».

Лапароскопически выполнена типичная АЭ. В малом тазу и в подвздошной ямке установлены дренажи. Проводилась системная антибактериальная терапия (цефазолин + амикацин).

В 10 ч 17.02.2018 состояние пациентки соответствовало таковому в первые сутки наблюдения в послеоперационном периоде больных, перенесших АЭ. Однако в 18 ч 17.02.2018 констатировано нарастание болевых ощущений в гипогастрии и по правому флангу живота. Объективно: тахикардии нет; при пальпации живот симметричный, не вздут, мягкий, болезненный в гипогастрии и правой подвздошной области, перитонеальные симптомы — сомнительные, перистальтика выслушивается.

Выполнены:

- контрольный анализ крови: показатели лейкоцитоза — $9,61 \cdot 10^9/\text{л}$;
- УЗИ малого таза: в сравнении с аналогичным исследованием от 16.02.2018 — без динамики (киста правого яичника 6 см, отмечено небольшое количество свободной жидкости в малом тазу).

При консультации гинеколога данных за разрыв кисты яичника или нарушения ее питания нет. Как и ответственный дежурный хирург, гинеколог рекомендовал осуществить диагностическую лапароскопию только в случае ухудшения состояния пациентки.

Скорректированы содержание и объем обезболивающей и инфузионной терапии. За время наблюдения больной (с 18 ч 30 мин 17.02.2018 до утра 18.02.2018) положительные изменения в ее состоянии не отмечены, болевой синдром сохранялся. Нельзя было исключить разрыва кисты правого яичника.

18.02.2018 с 11 ч 10 мин до 12 ч 00 мин (50 мин) осуществлена релапароскопия, во время которой выявлены:

- мутный выпот в малом тазу (взят посев);
- умеренный спаечный процесс в правой подвздошной области с фиксацией прилежащих к органам малого таза вялоперистальтирующих петель кишок (с умеренной гиперемией и налетами фибрина);
- явления тифлита в куполе слепой кишки;
- наложения фибрина с детритом в зоне культуры ЧО.

Осуществлена конверсия доступа — в правой подвздошной области выполнен косой разрез по Волковичу – Дьяконову длиной 8 см. В рану выведен купол слепой кишки с культей ЧО. Последняя длиной 0,5 см, перевязана двумя лигатурами. Прилежащая к культе стенка ЧО слепой кишки инфильтрирована. Культя ЧО погружена двухрядными швами. Полость брюшины санирована с установкой дренажей.

В целом больной, перенесшей ранее (16.02.2018) лапароскопическую АЭ, в связи с тифлитом и местным неотграниченным перитонитом выполнены лапаротомия, перитонизация купола слепой кишки, санация и дренирование брюшной полости.

18.02.2018 и 19.02.2018 лечение больной осуществлялось в отделении анестезии, реанимации и интенсивной терапии (ОАРИТ). В связи с риском развития сепсиса лечебно-диагностические мероприятия проводились в объеме медико-экономического стандарта «сепсис». Основные показатели выраженности синдрома воспалительной реакции (SIRS) и оценки синдрома органной деструкции отражены в табл. 1 и 2.

Данные специальных исследований, проведенных после операций:

- результаты бактериальных посевов: содержимого из брюшной полости 16.02.2018 и 19.02.2018 — роста нет;
- гистологическое заключение от 26.02.2018: «острый флегмонозный аппендицит».

Таблица 1 / Table 1

Показатели выраженности синдрома системной воспалительной реакции (SIRS)
Indicators of severity of systemic inflammatory response syndrome (SIRS)

Параметры	Количественные показатели / выраженность параметров в	
	день операции	первые сутки после вмешательства
Лейкоциты крови ($\times 10^9/\text{л}$)	9,3/0	7,5/0
Температура тела (max °C)	37,8/0	37,4/0
Пульс (в мин)	88–96/0–1	78–88/0
ЧДД (в мин)	14–18/0	14–18/0
SIRS	0–1	0

Таблица 2 / Table 2

Оценка синдрома органной дисфункции (SOFA)
Evaluation of sepsis-related organ failure (SOFA)

Параметры	Количественные показатели / выраженность параметров в	
	день операции	первые сутки после вмешательства
Артериальное давление, мм рт. ст.	130/80/0	110/70/0
ЦНС, шкала Глазго (баллы)	15/0	14–15/0–1
Дыхание, индекс оксигенации	488/0	509/0
Билирубин крови, мкмоль/л	14,1/0	8,2/0
Креатинин, мкмоль/л	58/0	61/0
Тромбоциты, $\times 10^9$ /л	230/0	209/0
SOFA	0	0–1

Больной осуществляли антибактериальную терапию (имипенем); проводили мероприятия по тромбопрофилактике, гастропротекции, обезболиванию, выполняли перевязки.

20.02.2018 (2-е сутки послеоперационного периода) пациентка переведена в хирургическое отделение (SIRS = 0, SOFA = 0). Диагноз «сепсис» снят. Дренажи после операции удалены через трое суток, швы раны — на 8-е сутки. Переведена в режим дневного стационара. На 10-е сутки после операции выписана под наблюдение специалистов по месту жительства.

Несмотря на полное восстановление трудоспособности, пациентка обратилась в административные инстанции с претензиями по поводу некачественного оказания ей МП. По мнению заявительницы, специалисты медицинской организации не предотвратили развитие осложнений ОА и АЭ, что не обеспечило ее своевременную реабилитацию и, из-за неправильной экспертной оценки КМП, обусловило материальные упущения в профессиональной деятельности. Случай коллегиально рассмотрен городской клинико-экспертной комиссией Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга (СПбГорКЭК).

Результаты

Анализ сведений по представленному наблюдению не позволяет считать, что оказание МП пациентке осуществлялось без сложностей. Последнее не могло не отразиться на мнении экспертов, оценивающих КМП. В частности, при ее оценке экспертами-хирургами в ракурсе внутреннего контроля, проведенного в медицинской организации (МО), согласно критериям В.Ф. Чавпецова (2007) КМП отнесено

к ненадлежащему, III классу, из-за того что в медицинской карте не были учтены заключения гистологического исследования и результаты бактериологического посева выпота, удаленного при операции АЭ, однако при проверке МО по данному случаю комиссией в рамках ведомственного контроля КМП признано ненадлежащим, IV класса. Изменение ранга градации ненадлежащего КМП так называемыми сторонними экспертами объясняется тем, что медицинские мероприятия в процессе оказания МП пациентке Т. при диагностике патологического процесса в МО проведены с задержкой по времени. Очевидно, что операция осуществлена не ранее чем через 13 часов с момента поступления больной в стационар. Внешние эксперты заметили, что показания к диагностической лапароскопии сформулированы с опозданием. Несвоевременность постановки диагноза (и, как следствие, задержка с проведением операции) могла способствовать увеличению вероятности выполнения релапароскопии и лапаротомии с повышением риска развития септического состояния, что, несомненно, утяжелило бы течение болезни и пролонгировало бы сроки лечения с непредсказуемым исходом. Кроме того, обращено внимание на то, что при повторном хирургическом вмешательстве выявлены признаки местного воспалительного процесса в правой подвздошной области. Эксперты предположили, что источником воспаления в БрП после АЭ, вероятнее всего, оказался патологический процесс, сохраняющийся в зоне культи ЧО и купола слепой кишки (тифлит). Решение о конверсии доступа, ревизии зоны илеоцекального угла с перитонизацией культи ЧО оправдано. Пребывание пациентки в ОАРИТ в связи с возможностью возникнове-

ния других осложнений хирургического вмешательства, а также с целью создания максимально эффективных условий для обезболивания (в связи с индивидуальными особенностями течения заболевания — высоким порогом болевой чувствительности) также не лишено оснований.

Внешние эксперты, кроме отсутствия в истории болезни данных о результатах бактериологического исследования посевов патологического содержимого БрП при выполнении лапароскопической АЭ и лапаротомии, что затруднило оценку адекватности осуществляемой антибактериальной терапии, заметили и некоторые другие недочеты лечебно-диагностического процесса. В частности, открытым остался вопрос о диагностике тифлита во время первичной операции. При оценке интраоперационных данных во время повторного хирургического вмешательства (релапароскопии и лапаротомии) обращено внимание на сомнительность герметичности просвета культи ЧО. Без целенаправленной санации и дренирования БрП это могло обусловить явления тифлита и развитие местного неотграниченного перитонита. Причиной данных патологических состояний могла быть недооценка тифлита, явления которого отмечены уже во время первичной операции (лапароскопической АЭ). Вероятно, уже тогда не исключалась целесообразность дополнения АЭ перитонизацией культи ЧО, тогда в раннем послеоперационном периоде не пришлось бы осуществлять усиленный мониторинг состояния пациентки с дезинтоксикационной и антибактериальной терапией.

Констатация после операции осложнений со стороны БрП, по мнению внешних экспертов КМП, формально не позволяет оценивать МП, оказанную пациентке Т., ниже IV класса по В.Ф. Чавпецову (2007). Тем не менее нельзя отрицать, что развившиеся осложнения верифицированы своевременно, а адекватная лечебная тактика позволила исключить неблагоприятный исход заболевания в целом.

При экспертизе КМП в ракурсе специальности «гинекология» подтверждено, что у пациентки данных за наличие острой патологии со стороны матки и придатков не было. Расширение объема операции в виде удаления кисты яичника в условиях ОА и местного перитонита аппендикулярного генеза было нецелесообразным. Можно обратить внимание на несоблюдение принципа онкологической осторожности из-за отсутствия в медицинских документах (в том числе и в протоколе опера-

ции) детального описания изменений в правом яичнике. В этой же связи возникают вопросы и по критериям исключения диагноза «разрыв кисты яичника (?)», выставленного перед релапароскопией. При завершении лечения в стационаре рекомендации по дальнейшей тактике обследования и лечения в плане динамического наблюдения по поводу кистозных изменений в яичнике даны пациентке сугубо в устной форме, что вызывает нарекания в плане соблюдения преемственности оказания МП.

В заключении экспертов при оценке КМП по профилю «эндохирургия» зафиксировано, что лечение больной с использованием лапароскопической технологий выполнено по абсолютным показаниям, а динамическое наблюдение до операции в течение 12 часов оправдано в связи с нетипичными проявлениями ОА при первичном осмотре в стационаре и сведениями о сопутствующей патологии (киста правого яичника). Последнее допустимо (и должно было) рассматривать как конкурирующее заболевание.

Обсуждение результатов

Считается, что практическая деятельность хирурга не подразумевает выполнения во всех случаях повторных вмешательств. Однако с этим нельзя согласиться безусловно. В анализируемом наблюдении констатации того, что стандартная хирургическая ситуация в условиях специализированного стационара «внезапно» осложнилась новым жизнеопасным патологическим процессом, не произошло. Хотя формально об этом можно думать, так как согласно медицинским документам получается, что у больной реально (через 8 часов) развиваются новые патологические состояния. В частности, во время второй операции обнаруживаются явления тифлита, илеита и состояние местного неотграниченного перитонита. Не исключаются и проявления сепсиса. В таких случаях качество оказания МП формально следует признать ненадлежащим, IV класса. Однако однозначно на данной оценке КМП настаивать невозможно, потому что по таким косвенным признакам, как время развития и характер неблагополучия в БрП, зафиксированных в описательной части релапароскопии и лапаротомии, установить причины появления новых патологических состояний затруднительно. Можно лишь предполагать, что при фиксации эндопетель на основании ЧО не было достигнуто должного герметизма просвета его культи, а мероприятия

по санации и дренированию брюшной полости оказались недостаточными для получения клинической ремиссии (перитонит с фибринозными наложениями). В итоге это и обусловило необходимость выполнения релапароскопии и лапаротомии через восемь часов после первичной операции.

Вероятно, состояние пациентки должно было бы быть оценено по-иному — с учетом индивидуальных особенностей течения ОА. В частности, специалисты стационара при первичном обследовании не выявили аппендикулярных симптомов, на которые обращали внимание медицинские работники догоспитального этапа.

Анализ причин осложнений патологического процесса осуществлялся без особой обеспокоенности. Однако в любом случае качество оказания МП пациентке невозможно безапелляционно признать «надлежащим», хотя бы по причинам практической направленности. Ведь очевидны дефекты формулировки диагноза; затруднительна оценка адекватности антибактериальной терапии из-за отсутствия данных о результатах бактериологического исследования патологического содержимого брюшной полости; несмотря на формальное соблюдение сроков наблюдения, допускаемых от момента поступления пациентки в стационар до начала операции, показания к диагностической лапароскопии можно (и должно) было бы сформулировать несколько раньше.

Даже с использованием организационных технологий оказания МП пока еще невозможно полностью заменить в лечебном процессе лечащих врачей, способных оценивать ситуацию не только с формальной стороны, но и многогранно. Это относится прежде всего к оценочным градациям. Технократизм хорош, но лечебный процесс не может и не должен подменяться канцеляризмом. В связи с этим оценка состояния больного не всегда может соответствовать применяемым для этого шкалам. В разбираемом случае это не позволило в ранние сроки после госпитализации установить диагноз и начать лечение. С помощью параметров оценочных шкал невозможно учесть все обстоятельства, которые оказывают влияние на течение патологических процессов (например, факт и эффективность применения обезболивающих препаратов).

Тем не менее в разбираемом случае тактические принципы наблюдения за пациентами при подозрении на ОА формально соблюдены. Однако в данном наблюдении гораздо боль-

шее внимание можно было бы уделить анализу сведений об истории развития заболевания и индивидуальным нюансам его проявлений, а также особенностям конкретной клинической картины с учетом факта использования обезболивающих препаратов. Формально конечно же можно считать, что лапароскопическое исследование выполнено с задержкой по времени. Пациенты не редко поступают в стационар с опозданием, что затрудняет своевременность оказания МП. Вместе с тем нельзя однозначно объяснить возникновение негативных последствий запоздалой госпитализацией. В связи с этим нельзя не согласиться с окончательной оценкой качества медицинской помощи членами СПбГорКЭК (ненадлежащее, III класс), так как предлагаемый (о чем упоминается в медицинских документах) новый патологический процесс (сепсис) не развился и остался лишь подозрением. Последнему обстоятельству, вероятно, во многом способствовало выполнение повторного хирургического вмешательства (лапаротомии и санации брюшной полости) в адекватные сроки после АЭ. Риск осложнения заболевания септическим состоянием представлялся высоким, но этого не произошло.

В ходе разбора случая в очередной раз можно убедиться, что рецензирование данных из медицинских документов членами клиничко-экспертной комиссии лучше проводить после предварительной их проработки экспертами — специалистами научных организаций, осуществляющих образовательную деятельность по профессиональным программам медицинских научно-исследовательских институтов, лечебно-профилактических учреждений. Очевидно, что без выявления причинно-следственных связей при должном анализе данных в среде специалистов МО непозволительно давать оценку дефектам и ошибкам и предпринимать меры по профилактике их повторения в будущем. Шаблонно и формально представлять данные для коллегиального обсуждения специалистами ГорКЭК без объяснения причин развития осложнений некорректно. В отсутствие скрупулезной работы экспертов затрудняется (а порой становится невозможной) объективная оценка КМП. Так как формально вариант технического исполнения хирургического вмешательства, выбранный участниками лечебно-диагностического процесса, допустим, то в разбираемом случае эксперты могли не утруждать себя вопросами об аргументах выбора варианта исполненной операции. Кроме этого, давать рецензионную оценку при отсутствии полноцен-

ной информации (по документам) с анализом данных обсуждения, проведенного на заседании врачебной комиссии медицинской организации, затруднительно. Тем не менее внешним экспертам и рецензентам приходится такую работу совершать.

При разборе данных представленного клинического случая нельзя не учитывать, что больная находилась под наблюдением врачей нескольких этапов медицинского обеспечения населения: амбулаторно-поликлинического (участкового врача, гинеколога, сотрудников неотложной медицинской помощи др.), ей оказывалась МП специалистами стационара. В целом жалобы пациентки в административные инстанции на ненадлежащее качество оказания МП могут быть признаны обоснованными лишь отчасти. Так же как, несомненно, нельзя не учитывать и несколько завышенные требования самой больной к оказанной ей КМП и не менее завышенные ее ожидания о сроках лечения и «беспроблемности» заболевания. Анализ ситуации в отношении медицинской части оказания МП свидетельствует об отсутствии последствий для состояния здоровья пациентки.

Заключение

Больные ОА составляют многочисленную группу. Программа обследования и лечения больных ОА, как правило, предусматривает стандартный порядок лечебно-диагностических мероприятий. Специалистам медицинских организаций эпизодически приходится решать непредвиденные как технологические, так и организационные проблемы оказания МП таким пациентам. Случаи нестандартных подходов к реализации алгоритма предоставления МП больным ОА, несомненно, бывают. Возникают и затруднения при выборе тактики лечения таких пациентов. Успешность лечения больных ОА с сопутствующими заболеваниями зависит не только от действий хирургов, непосредственно участвующих в процессе оказания МП. В лечении пациентов с осложненными формами ОА нередко следует применять мультидисциплинарный подход. Преемственность и корректность лечения данной категории больных во многом определяется квалификацией, грамотными и последовательными действиями специалистов первичного звена оказания МП. Несомненно, применение мультидисциплинарного подхода позволяет существенно повысить качество оказания МП больным как не-

посредственно при осложнениях ОА, так и при осложнениях в послеоперационном периоде. Такая тактика позволяет свести к минимуму риск вероятности обращений пациентов и их представителей с претензиями к медицинским работникам.

Литература

1. Борисов А.Е., Земляной В.П., Мовчан К.Н., и др. Проблемы острого живота (ошибки, осложнения, летальность). – СПб.: Полиграфическое искусство, 2003. – 174 с. [Borisov AE, Zemlyanoy VP, Movchan KN, et al. Problemy ostrogo zhivota (oshibki, oslozhneniya, letal'nost'). Saint Petersburg: Poligraficheskoe iskusstvo; 2003. 174 p. (In Russ.)]
2. Борисов А.Е., Мовчан К.Н., Озеров В.Ф., и др. Проблемы острого живота: (ошибки, осложнения, летальность). – 2-е изд., доп. – СПб.: СПбМАПО, 2004. – 174 с. [Borisov AE, Movchan KN, Ozerov VF, et al. Problemy ostrogo zhivota: (oshibki, oslozhneniya, letal'nost'). 2nd ed. Saint Petersburg: SPB MAPO; 2004. 174 p. (In Russ.)]
3. Колесов В.И. Клиника и лечение острого аппендицита. – Л.: Медицина, 1972. – 343 с. [Kolesov VI. Klinika i lechenie ostrogo appenditsita. Leningrad: Meditsina; 1972. 343 p. (In Russ.)]
4. Королев М.П., Бойко Д.Н., Макарова О.Л., Левина Л.И. Острый аппендицит хирургическая или социальная проблема? // Скорая медицинская помощь. – 2004. – Т. 5. – № 3. – С. 32–33. [Korolev MP, Boyko DN, Makarova OL, Levina LI. Acute appendicitis is a surgical or social problem? *Emergency Medical Care*. 2004;5(3):32-33. (In Russ.)]
5. Курыгин А.А., Багненко С.Ф., Курыгин А.А., Синенченко Г.И. Заболевания червеобразного отростка и слепой кишки. – СПб.: А.Н. Индиенко, 2005. – 259 с. [Kurygin AA, Bagnenko SF, Kurygin AA, Sinenchenko GI. Zabolevaniya cherveobraznogo otrostka i slepoj kishki. Saint Petersburg: A.N. Indienko; 2005. 259 p. (In Russ.)]
6. Парфенов В.Е. Информационные материалы по неотложной хирургической помощи при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости в Санкт-Петербурге за 2017 год / Под ред. проф. В.Е. Парфенова. – СПб.: Стикс, 2018. – 24 с. [Parfenov VE. Informatsionnye materialy po neotlozhnoj khirurgicheskoy pomoshhi pri ostrykh khirurgicheskikh zabolevaniyakh organov bryushnoj polosti v Sankt-Peterburge za 2017 god. Ed. by V.E. Parfenova. Saint Petersburg: Stiks; 2018. 24 p. (In Russ.)]
7. Русанов А.А. Аппендицит. – Л.: Медицина, 1979. – 173 с. [Rusanov AA. Appenditsit. Leningrad: Meditsina; 1979. 173 p. (In Russ.)]
8. Bachar I, Perry ZH, Dukhno L, et al. Diagnostic value of laparoscopy, abdominal computed tomography and

- ultrasonography in acute appendicitis. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2013;(23)12:982-989. <https://doi.org/10.1089/lap.2013.0035>.
9. Греков И.И. Избранные труды / Под ред. П.А. Куприянова. – Л.: Медгиз, 1952. – 344 с. [Grekov II. Izbrannye trudy. Ed. by. P.A. Kupriyanova. Leningrad: Medgiz; 1952. 344 p. (In Russ.)]
 10. Багненко С.Ф., Синенченко Г.И., Дубикайтис П.А., Кабанов М.Ю. Роль и место диагностической лапароскопии в лечении больных с острым аппендицитом // Скорая медицинская помощь. – 2004. – Т. 5. – № 3. – С. 15–16. [Bagnenko SF, Sinenchenko GI, Dubikajitis PA, Kabanov MYu. Rol' i mesto diagnosticheskoy laparoskopii v lechenii bol'nykh s ostrym appenditsitom. *Emergency Medical Care*. 2004;5(3):15-16. (In Russ.)]
 11. Мовчан К.Н., Ладин С.Э., Яковенко Т.В., и др. Пути улучшения результатов лечения жителей провинции при остром аппендиците. – СПб.: ИИЦ ВМА, 2009. – 150 с. [Movchan KN, Ladin SEh, YAkovenko TV, et al. Puti uluchsheniya rezul'tatov lecheniya zhitelej provintsii pri ostrom appenditsite. Saint Petersburg: IITS VMA; 2009. 150 p. (In Russ.)]
 12. Дуданов И.П., Соболев В.Е. Показания к лапароскопии в раннем послеоперационном периоде // Медицинский академический журнал. – 2003. – Т. 3. – № 2, прил. 3. – С. 44–45. [Dudanov IP, Sobolev VE. Pokazaniya k laparoskopii v rannem posleoperatsionnom periode. *Medicinskij akademicheskij zhurnal*. 2003;3(2)(suppl 3):44-45. (In Russ.)]
 13. Кочетков А.В. Качество оказания хирургической помощи населению Санкт-Петербурга в 2015 году // Ежегодная конференция хирургов Северо-Запада «Актуальные вопросы хирургии». – СПб., 2015. – С. 13–14. [Kochetkov AV. Kachestvo okazaniya khirurgicheskoy pomoshhi naseleniyu Sankt-Peterburga v 2015 godu. Aktual'nye vorosy khirurgii. (Conference proceedings). Saint Petersburg; 2015. P. 13-14. (In Russ.)]
 14. Мовчан К.Н., Ерошкин В.В., Тарасов А.Д., и др. Результаты эффективности обследования и лечения пациентов с патологией хирургического профиля по данным экспертизы качества медицинской помощи // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2016. – № 4(56). – С. 164–169. [Movchan KN, Eroshkin VV, Tarasov AD, et al. Evaluating the effectiveness of screening and treatment of patients with surgical pathology according to expert examination the data quality of medical care. *Bulletin of the Russian Military Medical Academy*. 2016;4(56):64-169. (In Russ.)]
 15. Dijk ST, Dijk AH, Dijkgraaf MG, Boermeester MA. Meta-analysis of in-hospital delay before surgery as a risk factor for complications in patients with acute appendicitis. *Br J Surg*. 2018;105(8):933-945. <https://doi.org/10.1002/bjs.10873>.
 16. Ning N, Xia SY, Ma B, et al. Application of laparoscopic technique in acute abdomen of gastrointestinal surgery. *Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi*. 2013;16(10):960-962.
 17. Яблонский П.К., Кабушка Я.С., Орлов Г.М., и др. Возможности использования элементов управленческого учета при оценке эффективности деятельности хирургической службы крупного города (на примере Санкт-Петербурга) // Вестник СПбГУ. Серия 11. Медицина. – 2016. – Вып. 4. – С. 62–75. [Yablonskii PK, Kabushka YaS, Orlov GM, et al. The possibility of using elements of management records in evaluating of effectiveness of a large city surgical department (on example of St. Petersburg). *Vestnik SPbSU. Series 11. Medicine*. 2016;(4):62-75. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.21638/11701/spbu11.2016.406>.
 18. Ермолов А.С., Гуляев А.А., Ярцев П.А. Лапароскопия в неотложной абдоминальной хирургии // Хирургия. – 2007. – № 7. – С. 57–59. [Ermolov AS, Gulyaev AA, Yartsev PA. Laparoskopiya v neotlozhnoj abdominal'noj khirurgii. *Hirurgiya*. 2007;(7):57-59. (In Russ.)]
 19. Костюченко А.А., Мовчан К.Н. Коррекция гомеостатической несостоятельности при осложнениях после операций на органах брюшной полости. – СПб.: ВМедА, 1992. – С. 38 [Kostyuchenko AL, Movchan KN. Korrektsiya gomeostateskoy nesostoyatel'nosti pri oslozhneniyakh posle operatsij na organakh bryushnoj polosti. Saint Petersburg: VMedA; 1992. P. 38 (In Russ.)]
 20. Митасов И.Г., Сивожелезов В.С., Шалдыга В.Н., и др. Экспертная оценка работы хирурга в стационаре // Клиническая хирургия. – 1985. – № 11. – С. 38–41. [Mitasov IG, Sivozhelezov VS, Shaldyga VN, et al. Ekspertnaya otsenka raboty khirurga v stacionare. *Klinicheskaya khirurgiya*. 1985;(11):38-41(In Russ.)]
 21. Чавпецов В.Ф., Михайлов С.М., Карачевцева М.А. Автоматизированная технология экспертизы качества медицинской помощи: структура, результаты и перспективы применения: информационные материалы. – СПб., 2007. – 65 с. [Chavpetsov VF, Mikhajlov SM, Karachevtseva MA. Avtomatizirovannaya tekhnologiya ehkspertizy kachestva meditsinskoj pomoshhi: struktura, rezul'taty i perspektivy primeneniya: informatsionnye materialy. Saint Petersburg; 2007. 65 p. (In Russ.)]

◆ Адрес автора для переписки (Information about the author)

Владислав Владимирович Татаркин / Vladislav Tatarkin

Тел. / Tel. +7(911)9808716

E-mail: vlad1k2@yandex.ru

<https://orcid.org/0000-0002-9599-3935>

SPIN-код: 5008-4677