

М.М. Дятлов, С.И. Кириленко

Ошибки при оказании помощи пострадавшим с травматическими вывихами голени

Гомельский государственный медицинский университет

К хирургическим ошибкам относят все действия хирурга, которые невольно нанесли или могли нанести ущерб больному. Под врачебной ошибкой понимается «добросовестное заблуждение врача», которое решительно исключает какой-либо умысел или противоправные действия при совершении ошибки.

Несмотря на то что осложнения, как первичные тяжелые, возникающие в момент вывиха голени, так и многочисленные вторичные, объективно развивающиеся позже, особенно на госпитальном этапе, создают серьезные предпосылки для неблагоприятных исходов, нельзя не учитывать и другой обширный источник этого неблагополучия — вра-

чебные ошибки, допускаемые на различных этапах оказания помощи пострадавшим.

Многие авторы отмечают многочисленные ошибки в диагностике сосудистых нарушений, приводящие к неправильной тактике и лечению [2—7]. По данным О.М. Мадыкенава, они достигают 73% [1].

Работа основана на личных наблюдениях и анализе историй болезней 228 чел. с травматическими вывихами голени, лечившихся в Гомельской областной клинической больнице и других клиниках Беларуси.

Изучены отдаленные результаты у 188 больных. При оказании помощи у 105 (56%) пострадавших допущено 235 ошибок различной степени сложности в различные пе-

риоды травмы. Они происходили на всех этапах: догоспитальном, госпитальном, при обследовании, лечении (до и после операции, в период восстановительного лечения), а также при принятии экспертного решения по нетрудоспособности.

Мы разделили ошибки, допущенные при оказании помощи нашим больным, на пять групп: организационные и тактические, диагностические, лечебные, технические и экспертные. В зависимости от степени тяжести они были разделены на легкие, тяжелые, непоправимые и катастрофические (таблица).

Легкие ошибки не вызвали последствий или они были незначительными (например, задержка по-

страдавшего в приемном отделении или неправильная укладка при рентгенографии конечностей). Тяжелые приводили к осложнениям, длительному лечению, инвалидности, последствия которых можно было устранить или уменьшить степень их тяжести (например, неполноценная хирургическая обработка раны при открытом вывихе голени привела к остеомиелиту коленного сустава в свищевой форме и рецидиву вывиха, определена вторая группа инвалидности, а последующее закрытое вправление вывиха в аппарате Волкова—Оганесяна позволило создать анкилоз коленного сустава в функционально выгодном положении и привело к ликвидации остеомиелита, что позволило снять группу инвалидности). Неправильные ошибки приводили к инвалидности, которую невозможно было устранить (например, отказ от первичной хирургической обработки и остеосинтеза при открытом вывихопереломе привел к остеомиелиту коленного сустава с неправильно сросшимся мышечком, сохранению подвывиха, грубой деформации сустава, укорочению ноги, пожизненно определена вторая группа инвалидности — у одной больной; не проводился динамический контроль за голенью при функционировавших коллатералях — у другой больной с повреждением подколенной артерии, окклюзия коллатералей обнаружена через 10 часов, шов артерии выполнен через 12 часов, развился аутолиз мышц голени, потребовавший ее ампутации). Катастрофические ошибки были особо грубыми, вели к смерти (например, шов подколенной артерии через 12 часов после травмы — развилась острая почечная недостаточность, приведшая к смерти; при варикозном расширении вен и повреждении подколенной артерии не назначались антикоагулянты, последовала смерть от тромбоза легочной артерии).

Особо серьезными были ошибки первых трех групп (организационные и тактические, диагностические, лечебные), где остро звучит

Классификация ошибок при оказании помощи пострадавшим с травматическим вывихом голени

Группы ошибок (n=228)	Степень тяжести ошибок			
	легкие	тяжелые	непоправимые	катастрофические
Организационные и тактические (72)	+	+	+	+
Диагностические (61)	+	+	+	+
Лечебные (89)	+	+	+	+
Технические (1)	+	+	-	-
Экспертные (12)	+	+	-	-

прогноз инвалидности и снижение качества жизни, а порой решается вопрос о жизни или смерти пациента.

Среди **тактических и организационных ошибок** (всего 72) встречались следующие: 1) длительное пребывание в приемном отделении больных с травматическим вывихом голени при множественной и сочетанной травме без осмотра врачами-специалистами, соответствующими поврежденным органам и сопутствующим заболеваниям; 2) вывих вправлялся лишь после завершения первичной хирургической обработки; 3) откладывалось закрытое вправление вывиха на 1 и 2 дня; 4) контрольная рентгенография коленного сустава после вправления вывиха назначалась поздно — через 2—3 недели; 5) оперативное вправление консервативно невправимых вывихов откладывалось на несколько недель; 6) с сосудистыми нарушениями больные долго находились в больнице без осмотра хирургом, устранения вывиха (до 5—30 ч) и выполнения ангиохирургического пособия (до 48 ч); 7) при явной ишемии не предпринималась ревизия подколенной артерии, не вызывался ангиохирург, а лишь велось пассивное наблюдение — до 3 сут; 8) отсутствовало наблюдение за больными с сосудистыми нарушениями после вправления вывихов; 9) ангиография проводилась до вправления вывиха; 10) бездеятельность до приезда ангиохирурга, не проводилось временное эндопротезирование подколенной артерии; 11) ангиохирург выполнял операцию не

в ЦРБ, куда приехал по вызову, а в областном центре через сутки; 12) неоправданно долгое выжидание самоизлечения неврита вместо ревизии и шва нерва; 13) запоздалое восстановление бедренной и подколенной артерий — через 15 и 72 ч соответственно в середине—конце фазы возникновения необратимых процессов и в середине фазы завершения необратимых процессов абсолютной ишемии (по классификации И.Н. Гришина); 14) ампутация при гангрене с тяжелой интоксикацией откладывалась до поздних сроков — через 3—4 недели.

К **диагностическим ошибкам** (их было 61) мы отнесли: 1) неполноценный сбор анамнеза и механизма вывиха, поверхностное обследование больного; 2) необнаружение подвывиха голени, маскирующегося гемартрозом, тучностью больных; 3) невыполнение рентгенографии коленного сустава при переломе голени в верхней трети или бедра в нижней трети; 4) при рентгенографии (чаще с короткими пленками) коленный сустав оказывается вне зоны обследования; 5) невыявление вывиха при множественной и сочетанной травме, при открытом повреждении коленного сустава; 6) необнаружение вывиха голени на рентгенограмме коленного сустава, на которой видна картина консервативно невправимого вывиха; 7) при клиническом выявлении разрыва связок коленного сустава не проверялась степень патологической подвижности голени, т.е. не обнаруживался «скрытый вы-

вих голени»; 8) при переломе бедра или голени не проверялась целостность крестообразных связок и степень патологической подвижности, т. е. пропускался «плавающий коленный сустав» и скрытый вывих; 9) невыявление повреждения артерии при отсутствии активных движений стопой, пульса и чувствительности на стопе в первые часы и позже, а также при ушивании раны в подколенной области без ревизии сосудисто-нервного пучка; 10) ошибочное определение повреждения берцовых нервов и ненужное лечение мнимого неврита при полном нарушении магистрального и окольного кровообращения; 11) при одновременном повреждении магистральных сосудов и нервов в подколенной ямке не выявляли травму нервов и не проводили лечение; 12) невыявление повреждения нервов даже при осмотре их в ране: нервы и сосуды осматривались выше уровня повреждения или нервы вообще не осматривались; 13) переоценка значения капиллярного кровообращения на пальцах стопы — симптома Квинке при полном разрыве подколенной артерии и отсутствии функции ее коллатералей; 14) не выяснялось после вправления, какие именно связки повреждены; 15) запоздалое выполнение контрольной рентгенограммы при возникшем вторичном смещении голени; 16) не обнаружение вторичного смещения голени на контрольном рентгеновском снимке; 17) гипердиагностика вывиха при повреждении мениска, вывиха надколенника, эпифизеолизе бедра и большеберцовой кости; 18) неправильная формулировка диагноза, не отражающая вывих голени.

Среди **лечебных ошибок** (всего 89) отмечались: 1) неполноценная первичная хирургическая обработка раны при открытом вывихе голени; 2) отказ от срочного и отсроченного выполнения первичной хирургической обработки раны при открытом вывихе голени; 3) применялась местная анестезия при открытых вывихах с обширными ранами; 4) не выполнялся первичный

остеосинтез при вправлении открытого переломовывиха голени; 5) иссечение капсулы коленного сустава вместо извлечения ее из ущемленного состояния и ушивания при консервативно неврашиваемом вывихе, а также резекция крестообразной связки при этом вместо ее шва; 6) прошивание и слепая перевязка бедренной артерии и вены в нижней трети бедра при первичной хирургической обработке раны под местным обезболиванием; 7) иммобилизация неполноценной (короткой, тонкой) лонгетой или циркулярной гипсовой повязкой, под которой в последующем развивалось самосдавление сосудов голени; 8) фиксация коленного сустава под углом в 185—190° или 90°; 9) короткий срок иммобилизации — в течение 2 нед.; 10) при сосудистых осложнениях не назначалось медикаментозное и физиотерапевтическое лечение для улучшения кровообращения и предупреждения тромбоза; 11) физиотерапевтическое лечение не назначалось в период иммобилизации; 12) восстановительное лечение было неполноценным — не было раннего начала, комплексности, интенсивности, непрерывности и достаточной продолжительности; 13) вправление вывиха с сосудистым нарушением выполнялось под внутрикостным обезболиванием со жгутом; 14) грубое вправление с упором ноги хирурга в промежуток больного; 15) согревание компрессом стопы и голени при полной окклюзии подколенной артерии.

К **техническим ошибкам** отнесен один случай использования сосудистого протеза с явным несоответствием по диаметру.

Экспертные ошибки при определении временной и постоянной нетрудоспособности выявлены у 12 больных.

Они не имели той остроты, которая отмечалась в первые периоды травмы. Стоял вопрос не о сохранении конечности или жизни, проблема решалась в другой плоскости — качества жизни и трудоспособности. Мы выделили для этого эта-

па две степени тяжести последствий и врачебных ошибок. К легким ошибкам отнесли преждевременное направление на МРЭК для определения группы инвалидности. Тяжелой экспертной ошибкой было определение группы инвалидности без права работать через 3—4 мес тем больным, которые через 7—10 мес полностью выздоравливают, например определение II группы инвалидности через 4 мес после травмы пострадавшему, у которого через 8—9 мес восстановилась функция коленного сустава. Для пострадавших и общества выгоднее, чтобы они были на листке временной нетрудоспособности, например 9—12 мес, а затем вышли на работу или им была определена хотя бы III группа инвалидности, чем если бы через 3—4 мес травмы они получили II группу, тем самым надолго выйдя из-под наблюдения лечащего врача и утратив профессиональные навыки.

В основе возникновения ошибок лежали объективные обстоятельства и субъективные факторы. Установлены следующие основные причины врачебных ошибок:

1. Сложность и полиморфизм клинической картины при сочетанных и множественных повреждениях, тяжесть общего состояния больных.

2. Дефекты в организации срочной помощи, недостаточный уровень обеспечения диагностической аппаратурой или оборудованием.

3. Невысокая квалификация и недостаточный общехирургический и специальный в травматологии опыт врачей, отсутствие у многих из них практических навыков в хирургии этой области, требование самой ситуации, чтобы хирурги неотложно, срочно или отсроченно выполнили то, чего они еще не знают и не умеют.

4. Субъективные причины, связанные с личностью хирурга.

К причинам субъективных ошибок, связанных с личностью хирурга, мы отнесли следующие: 1) неподготовленность и неосведомленность хирургов о современных методиках обследования и лечения

больных, особенно при сочетанных травмах; 2) недостаточность в личном профессиональном росте и изучении прогрессивных методов; 3) невыполнение динамического контроля за состоянием пострадавшего; 4) недостаточность внимания, вдумчивости и усердия в выполнении рутинной работы, безынициативность.

Из сказанного можно сделать выводы:

1. Истоки ошибок при оказании помощи лицам с травматическими вывихами голени многочисленны и разнообразны, допущены у 56% боль-

ных во все периоды травматической болезни и на разных этапах.

2. Ошибки обусловлены объективными и субъективными факторами. Превалируют субъективные причины, преимущественно вследствие плохого знания патологии.

3. Предлагаемая нами классификация ошибок при оказании помощи больным с травматическими вывихами голени подскажет врачу, какого характера и насколько опасные ошибки он может совершить по объективным и субъективным причинам и что он должен делать, чтобы их избежать.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Мадыкенов О.М., Мадыкенов Р.О.* // Ортопедия, травматизм и протезирование. — 1986. — N 2. — С. 35—36.
2. *Полысалов В.Н.* // Вестник хирургии. — 1989. — Т. 142, N 5. — С. 77—78.
3. *Романчук И.А.* Травматические вывихи голени и их лечение: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1973.
4. *Henshaw R.M., Shapiro M.S., Oppenheim W.L.* // Clin. orthop. related. Resear. — 1996. — V. 330. — P. 152—156.
5. *Richer M., Lobenhoffer P.* // Injury. — 1998. — V. 29 (7). — P. 546—549.
6. *Simonian P.T., Wickiewicz T.L., Hatchkiss R.N., Warren R.F.* // Amer. J. Sports Medic. — 1998. — V. 26 (4). — P. 591—596.
7. *Vicente-Guillen P., Figa-Mataro J., Calama-Bellver J.* // Intern. Orthopaed. (SICOT). — 1998. — V. 22. — P. 275—276.