

Иностранное тело, забытое в организме пациента во время операции, к счастью, – редкий дефект оказания медицинской помощи, но тем не менее имеющий свою статистику. Такие события всегда становятся предметом наиболее резонансных публичных конфликтов и завершаются судебными исками пациентов к лечебным учреждениям. Причём в данных случаях пострадавшую сторону уж точно нельзя упрекнуть в «пациентском экстремизме»: вина медработников в таких ситуациях очевидна.

Снизить юридические риски

Как же избежать досадных ошибок? Ответ однозначный: строгой исполнительной дисциплиной каждого участника лечебного процесса в соответствии с чётко прописанными регламентами. Один из вариантов такого регламента на днях представили в службу главного хирурга Минздрава России специалисты Красноярской краевой клинической больницы. Здесь разработали Методические рекомендации «Хирургическая безопасность. Порядок оказания медицинской помощи при оперативных вмешательствах».

– Тема хирургической безопасности всегда была актуальной, но сегодня с учётом пристального внимания Следственного комитета России к нашей специальности её актуальность возрослакратно, – поясняет главный специалист хирург и эндоскопист Минздрава Красноярского края, доктор медицинских наук, профессор Дмитрий Черданцев. – В 2018 г. в Красноярском крае в пользу пациентов было удовлетворено несколько судебных исков на крупные суммы по ятрогенным инородным телам. Думаю, аналогичный негативный опыт есть и в других субъектах РФ. Для профилактики таких нарушений мы и внедрили технологию хирургической безопасности в краевой клинической больнице. Поскольку ничего сложного в ней нет, она может быть адаптирована к любому лечебному учреждению Российской Федерации. Мы даём хирургу организационный инструмент, который позволит ему не допустить ошибок и снизить собственные юридические риски.

Д. Черданцев напоминает, что результат любой операции обусловлен целым рядом исходных условий. Многие зависят от пациента: сложные заболевания, вариативная анатомия. Несомненно, многое зависит от врача, а именно от его квалификации. Важным фактором является техническая и технологическая оснащённость больницы: чем современнее оборудование, тем меньше хирургические риски.

– Но есть условия, которые, по сути, являются организационными, и они должны быть одинаковыми в любом медицинском учреждении вне зависимости от его клинического уровня. Вот, собственно, почему и для чего мы решили чётко прописать методические рекомендации, – уточняет главный специалист.

Документ уже утверждён на уровне Минздрава Красноярского края и стал обязательен к исполнению в медицинских учреждениях региона. А теперь с ним может ознакомиться всё российское хирургическое сообщество. После широкого обсуждения и возможной доработки методичку планируется передать на утверждение в Минздрав России для придания ей федерального статуса. Таким образом, отечественная хирургическая служба получит в своё распоряжение очень важный регламент обеспечения безопасности оперативных вмешательств.

но сформулировать все требования и правила, а это – целая наука.

В итоге получился компактный по объёму, предельно ясный текст, в котором чётко прописаны не только последовательность действий, которые должен совершать каждый из сотрудников отделения и оперблока, но даже мысли, которые должны приходиться в их головы на каждом из этапов оказания медицинской помощи хирургическому пациенту.

Начинается брошюра с раздела «Порядок обеспечения планового оперативного вмешательства в круглосуточном стационаре (накануне оперативного вмеша-

организме пациента инородного тела – зажима, перевязочного материала; не выполненная антибиотикопрофилактика; не проведённая профилактика тромбозов лёгочной артерии. Необходимо, чтобы медицинский персонал постоянно помнил о возможности осложнений и знал, какие действия для их предотвращения необходимо совершать. Также должен быть механизм, позволяющий контролировать выполнение медперсоналом каждого из этих действий. С этой целью нами были разработаны СТОП-лист и чек-лист. Чек-лист – это таблица готовности самого

операционного конвейера. При столь высокой нагрузке не ровен час что-то важное упустить, чего-то не заметить. Когда у человека перед глазами что-то постоянно мелькает, он теряет бдительность и становится – «глаз замыливается». Так вот, тайм-аут – это момент, когда вся операционная бригада отвлеклась от текущей работы и подтвердила, что на данном этапе выполнены все необходимые требования безопасности хирургического вмешательства. После этого медики работают дальше.

Всего тайм-аутов должно быть три. Первый из них анестезиолог, хирург и стерильная медицинская сестра проводят после того, как пациента расположили на операционном столе. Проверка готовности – и можно начинать выполнять анестезию, обрабатывать операционное поле.

После введения наркоза и ограничения операционного поля проводится второй тайм-аут. Ещё раз убедившись в том, что всё готово, бригада начинает операцию и выполняет её до ушивания операционной раны.

Здесь опять делается пауза: анестезиолог-реаниматолог, хирург и операционная сестра проводят третий тайм-аут. До объявления третьего тайм-аута операционная сестра уже должна пересчитать перевязочный материал и хирургический инструментарий. Наконец, проведя третий тайм-аут, бригада завершает оперативное вмешательство.

Далее в методичке прописаны отдельными параграфами порядок входа и выхода персонала из операционного отделения; оборот стерильного инструментария и расходных материалов; проведение уборки в операционном отделении. А в приложении даны все те документы, которые медперсоналу необходимо заполнять на разных этапах хирургического лечения: СТОП-лист, чек-лист предоперационной подготовки пациента, чек-лист безопасности пациента при проведении хирургических операций, инструкция по подсчёту перевязочного материала во время проведения оперативного вмешательства в операционных; лист ознакомления.

* * *

Сейчас сложно предсказать, как воспримут предложение красноярских специалистов их коллеги из других регионов. Но было бы странным, если бы кто-то стал отрицать саму идею – необходимость профилактики ятрогенных хирургических дефектов. Ведь пока готовился данный материал, в СМИ появилась информация об очередном случае оставления инородного тела в организме пациента, на этот раз в одном из крупнейших федеральных медицинских центров Новосибирска. Это событие в очередной раз доказывает, что внедрение системы менеджмента качества в работу хирургических стационаров крайне необходимо.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Проблемы и решения

Один раз отрежь, семь раз пересчитай

Принципы хирургической безопасности могут оградить врачей от ошибок



Задача операционной сестры – проверить, все ли инструменты на месте

Тайм-аут, или «Всем внимание!»

К работе над методичкой привлекли специалистов по системе менеджмента качества, в том числе из корпорации «Тойота». Многие организации, в основном промышленные, уже прошли путь внедрения системы менеджмента качества, тогда как медицина ещё только становится на этот путь. Между тем принципы системы менеджмента качества можно считать универсальными для любой отрасли экономики. Вот почему руководство красноярской краевой больницы обратилось к тем, кто обладает наиболее серьёзными знаниями в области системы менеджмента качества. Ведь мало хотеть обеспечивать высокое качество медицинской помощи, надо ещё понимать, как именно этого добиться на каждом из этапов её оказания, и главное – как правиль-

ства). Это фактически пошаговая инструкция: что должны делать, в каком порядке и в течение какого времени все сотрудники отделения – от заведующего до постовой медсестры – с момента поступления пациента в отделение и заполнения медицинской документации до оформления заявок в оперблок и параклинические службы на медикаменты, трансфузионные среды, компоненты крови и т.д.

Следующий раздел – «Порядок подготовки пациента к оперативному вмешательству в круглосуточном стационаре (в день оперативного вмешательства)», в котором появляется термин «Чек-лист». Что же это такое?

– Ятрогенные причины плохих результатов хирургического лечения – это стопроцентно не что иное как нарушение технологий. К таким результатам относятся, в частности, ампутация здоровой конечности вместо больной; оставление в

пациента к операции, где в каждом окошке должна стоять «галочка». А СТОП-лист – аналогичная таблица, но уже о готовности всех служб больницы – хирургической, анестезиологической, сестринской – к выполнению операции данному пациенту. Заполнение таблицы – документальное подтверждение выполнения медперсоналом того или иного необходимого действия, – объясняет Д. Черданцев.

Итак, в день оперативного вмешательства медицинская сестра профильного отделения заполняет чек-лист и передаёт его лечащему врачу. Хирург анализирует полученную информацию, затем подтверждает возможность проведения операции, подписав СТОП-лист. После этого пациента транспортируют в шлюз операционного отделения до так называемой красной черты, и здесь необходима пауза.

В разделе «Порядок подготовки операционной при оперативных вмешательствах» также пошагово описан весь процесс. Если после проверки не обнаружено несоответствий, в СТОП-листе ставится отметка, каталка с пациентом пересекает «красную черту» и оказывается внутри операционного отделения.

Очередной раздел тоже называется «Порядок подготовки операционной при оперативных вмешательствах», но здесь речь идёт о действиях медперсонала, когда пациент уже находится на операционном столе. Именно в данном разделе впервые встречается термин «тайм-аут» – понятие из системы менеджмента качества «Тойоты» и других успешных предприятий.

По словам Д. Черданцева, любая клиника, выполняющая большое количество хирургических вмеша-

Новости

Научно-практическая конференция «Новые подходы в обеспечении качества оказания медицинской помощи в родо-вспоможении» собрала специалистов со всего Алтайского края. Они обсудили ряд актуальных проблем, в частности лечение различных осложнений, сопровождающих беременность, и определили задачи, стоящие перед врачами всей системы родовспоможения.

Помимо алтайских медиков, в конференции приняли участие их коллеги из Москвы, Ставрополя, Саратова, Новосибирска. Среди них доцент кафедры Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова Елена Юригина;

Бережь мать и её будущего малыша

заведующая кафедрой акушерства и гинекологии Российского университета дружбы народов Ольга Лустотина; научный сотрудник отделения гинекологической эндокринологии и маммологии Эндокринологического научного центра Екатерина Шереметьева; главный специалист неонатолог Департамента здравоохранения Москвы, заведующий отделением патологии новорождённых городской клинической больницы им. М.П. Кончаловского Валерий Горев.

На общих заседаниях и в рамках специализированных секций – акушерской и гинекологической – шёл

разговор о путях снижения младенческой смертности, современных принципах диагностики, лечения и профилактики инфекционных и воспалительных заболеваний репродуктивной системы и т.п. На неонатологической секции врачи обсудили вопросы реанимационной помощи новорождённым в родильном отделении акушер-гинеколог Министерства здравоохранения Алтайского края Елена Ёжова, говоря об итогах 2018 г., отметила, что службе родовспоможения приходится работать в условиях ухудшения демографической си-

туации, наблюдающейся не только в Алтайском крае. Тревожным является и рост количества сложных патологий, выявляемых у беременных женщин. Елена Германова, роль центра «ДАР» как мединститута третьего уровня крайне важна и ответственна. Именно здесь должны концентрироваться самые сложные случаи, поскольку центр снабжён современным оборудованием и здесь работают высококвалифицированные специалисты. Врач центра, главный специалист по акушерству и ги-

некологии Минздрава края Ирина Молчанова, обращаясь к коллегам, подчеркнула, что одной из основных задач всей вертикали службы родовспоможения (от сельского ФАПа до перинатального центра) остаётся раннее выявление патологий беременности, чёткая маршрутизация больных и оказание всего объёма необходимой медицинской помощи матери и её будущего ребёнка.

Елена ОСТАПОВА.

МИА Сиб!

Барнаул.