

КРАЕВОЙ МЕДИЦИНСКИЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ

Основан в 1998 году

АДРЕС РЕДАКЦИИ:
660022, г. Красноярск,
ул. Партизана Железняка, 3
тел. 8-904-895-30-62

www.medgorod.ru
kkb-red@mail.ru

УЧРЕДИТЕЛЬ:
КГБУЗ «Краевая клиническая
больница», Красноярск

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР:
Егор Евгеньевич Корчагин –
главный врач

ЗАМЕСТИТЕЛИ ГЛАВНОГО
РЕДАКТОРА:

Алексей Иванович Грицан –
д.м.н., профессор
Елена Сергеевна Семенова –
шеф-редактор

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

д.м.н., профессор С. Г. Вахрушев
Н. И. Головина,
И. В. Чуваков
д.м.н., профессор И. В. Демко
д.м.н., профессор С. А. Догадин
д.м.н., профессор Ф. П. Капсаргин
д.м.н., профессор Г. В. Матюшин
С. Л. Нефедова
к.м.н. Г. З. Низамеева
д.м.н. А. В. Протопопов
д.м.н. В. А. Сакович
В. М. Симакова
Е. В. Михайлова,
д.м.н., профессор Д. В. Черданцев

Фото Сергея Головача,
Валерия Тяпкина.
Используются материалы из музея
Истории медицины.

Г. Г. Гудошникова – корректор

Допечатная подготовка,
печать ООО ПК «Знак»
660028, Россия, г. Красноярск,
ул. Телевизорная, 1, стр. 21
тел. (391) 290-00-90

Тираж 999 экз.
Сентябрь 2019 г.

За содержание рекламных мате-
риалов редакция ответственности
не несет.

Мнение редакции может не сов-
падать с мнением авторов мате-
риалов.

Содержание

События	2
Краевая служба занятости обучает граждан предпенсионного возраста	4
QUALITAS / КАЧЕСТВО	
Что движет руководителем при внедрении системы управления качеством медицинской деятельности?.....	6
О качестве, безопасности, стандартах и среде.....	9
Осуждай проступок, а не преступника, или Краткий обзор оказания медицинской помощи в Японии и меры предотвращения медицинских ошибок	12
Как обеспечить приверженность персонала при внедрении системы менеджмента качества.....	14
Неблагоприятные события в многопрофильном стационаре: виды и методы выявления	18
Хирургическая безопасность. Профилактика рисков, связанных с оперативными вмешательствами	24
Опыт внедрения JCI в республике Казахстан.....	28
Анализ влияния внешних и внутренних факторов на качество и безопасность медицинских услуг	30
Опыт внедрения системы менеджмента качества.....	31
Порядок оказания медицинской помощи детям в условиях дневного стационара	32
Инфекции области хирургического вмешательства: основные понятия, эпидемиологические особенности, стратегии профилактики.....	36
СУП – рецепт от ККБ, или Как мы выстраиваем службу управления персоналом	39
Выполнение стандартов безопасности пациентов при сестринском уходе	42
Работа приемного отделения по принципам TRIAGE И EMERGENCY	44
Обеспечение непрерывного контроля процессов в многопрофильной клинике.....	46
CASUS EXTRAORDINARUS / НЕОБЫКНОВЕННЫЙ СЛУЧАЙ	
Хронический головчатый панкреатит в сочетании с экстрапанкреатической кистой средостения.....	48
Аллергия на лидокаин: миф или реальность. Аллергические пробы.....	49
Осколок 27-го зуба «сбежал» от челюстно-лицевого хирурга к оториноларингологу.....	52
Случай успешной реканализации при ишемическом инсульте.....	53
Диагностически сложный случай аденокарциномы слюнных желез у пожилой пациентки.....	55
EX ANIMO / ОТ ДУШИ	
Ачинской межрайонной больницы – 45 лет	58

НОВОСТИ

МИНЗДРАВ ПОШЕЛ «В ПОЛЯ»



Заместитель министра здравоохранения Красноярского края Марина Бичурина приехала в краевую больницу, чтобы пообщаться с врачами и пациентами

Новый министр здравоохранения Красноярского края Борис Немик дал указание своим заместителям непосредственно контактировать с врачами и пациентами всех ЛПУ региона, чтобы на 100% ориентироваться в том, что происходит на территориях.

Эта близость руководителей краевого здравоохранения к народу не менее эффективна, чем переписки по электронной почте и совещания в стенах министерства.

Инициативу Немика с энтузиазмом подхватили его коллеги, в частности, заместитель министра Марина Бичурина – акушер-гинеколог с 25-летним стажем.

Заместитель министра прошла по отделению хирургии № 1, поговорила с докторами и пациентами, причем вопросы больным задавала подробные – об условиях пребывания в стационаре, возможных трудностях госпитализации, доступности медицинской помощи на местах.

Наши пациенты нисколько не удивились вниманию Марины Юрьевны: они привыкли, что в нашей больнице всегда интересуются их мнением о медицинском обслуживании.

Главный врач, сопровождавший Бичурину, брал на заметку все, что говорили пациенты. Кстати, Марина Юрьевна отметила, что Егор Корчагин погружен во все процессы в больнице, и это правильно.

По ходу заместитель министра и руководство клиники тестировали персонал на предмет рисков и безопасности пациентов, в частности риска падения, и обсуждали с врачами обоснованность назначений.

– Весь коллектив краевой больницы настроен на улучшения, – поделилась впечатлениями Марина Бичурина. – Чувствуется, что краевая, как флагман здравоохранения, несет ответственность за весь край.

В ККБ ВПЕРВЫЕ УСТАНОВЛЕННЫ РОССИЙСКИЕ ОККЛЮДЕРЫ

Окклюдер ушка левого предсердия – жизненно важный девайс для предотвращения инсультов.

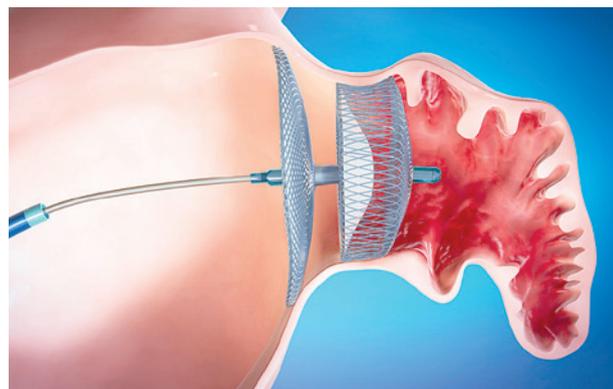
Имплантиция окклюдера показана пациентам с мерцательной аритмией в сочетании с высоким риском кровотечения. У этих больных на ушке левого предсердия копяты тромбы, которые потом отрываются и улетают в сосуды головного мозга.

Многим из этих пациентов противопоказан по медицинским показаниям длительный прием антикоагулянтов, и операция становится единственной альтернативой.

Окклюдер – ловушка тромбов, перекрывающая им дорогу в главную мозг. Устанавливается окклюдер щадящим малоинвазивным способом.

Раньше такие операции на сердце в России проводились с использованием зарубежных окклюдеров, а в этот раз профессор Протопопов установил пациентам «ловушки» отечественного происхождения фирмы «Ангиолайн».

В ближайшее время фирма планирует вывести на рынок первый российский транскатетерный аортальный клапан, аортальный стент-графт, стент-ретривер для тромбэкстракции.



БЕЛЫЙ ВЕРТОЛЕТ ПОЗНАКОМИЛСЯ С ЖУРНАЛИСТАМИ

Новая машина, специально предназначенная для санавиации, освоила пространство от Северо-Енисейска до Ермаковского.

В июле красивый белый вертолет был представлен журналистам. Прессе показали и рассказали, что может вертолет, – например, облететь грозу, благодаря установленному мощному локатору.

Пилоты Ми-8 МВТ-1 довольны, говорят о вертолете в превосходной степени: он очень надежен, может совершить посадку на пятачке 50х50 метров, летает ночью и при самых трудных погодных условиях, например, на «северах» при морозе до -50 градусов.

Заведующий отделением санавиации Константин Барышников показал журналистам «начинку» вертолета – его медицинский модуль, позволяющий проводить реанимационные мероприятия в воздухе.



НАША БОЛЬНИЦА СТАНОВИТСЯ ЛУЧШЕЙ В СИБИРИ

Напоминаем, что стратегическая цель развития ККБ до 2020 года – лидерство в СФО среди многопрофильных больниц. Цель почти достигнута: сегодня мы лидируем в Сибири по самым значимым показателям.

ККБ – безусловный лидер по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи. 14% всех операций относится к числу высокотехнологичных. У ближайших конкурентов, в Иркутской областной больнице, 12% от числа всех операций высокотехнологичные.

В ККБ высокий процент плановой госпитализации – 65%. Это свидетельствует о преемственности этапов оказания медицинской помощи. На одного больного во время его пребывания в ККБ тратится в среднем 70 тысяч рублей. Дороже обходятся пациенты только в Иркутской области.

За 2018 год по сравнению с другими регионами у нас самая высокая укомплектованность младшим медицинским персоналом (90%) и одна из самых высоких укомплектованностей врачевым и средним медицинским персоналом. По всем группам персонала укомплектованность не ниже 70%. Такая популярность больницы у медиков объяснима: в ККБ самая высокая средняя зарплата в Сибири – около 95 тысяч рублей у врачей и около 45 тысяч у медицинских сестер. Зарплата младшего персонала на втором месте в СФО – более 40 тысяч рублей.

И все же итоги 2018 года не дают почитать на лаврах. Мы отстаем от соседей по подготовке к операции: 2,6 дня – слишком много. А еще у нас слишком велико количество клинических анализов на пациента в поликлинике.

Сегодня наша клиника готовится к получению международного сертификата JCI – самого престижного в медицине.

ГЛАВНЫЙ ВРАЧ ОНКОДИСПАНСЕРА ПОВОРОРИЛ С ПАЦИЕНТАМИ

На публичную встречу с Андреем Модестовым пришли около 20 человек.

Модестов вначале привел короткую справку об онкодиспансере:

– На учете в нашем учреждении состоит 70 тысяч пациентов. По заболеваемости в СФО наш край стоит на пятом месте. Каждый день мы принимаем примерно 2 тысячи человек. Из них 530 лежат в круглосуточных стационарах, 410 приходят в дневные стационары, 800 приходят с разными целями в консультативную поликлинику, около 300 человек приходят на диагностические процедуры.

Введено две очереди диспансера, готов проект третьей очереди, который включает в себя строительство палатного корпуса на 260 коек, реконструкцию старого корпуса, пристройку к радиологическому корпусу для новых линейных ускорителей.

Главного врача традиционно спросили, какие факторы риска онкологических заболеваний регистрируются в Красноярске.

Андрей Модестов объяснил, что ВОЗ доказано: на первом месте среди факторов риска развития злокачественных новообразований стоит табакокурение. На втором – низкая двигательная активность, которая является причиной развития 90% хронических неинфекционных заболеваний: сахарного диабета, бронхиальной астмы, сердечно-сосудистых патологий. На третьем месте – избыточное потребление соли и сахара. Влияние экологии на возникновение онкологических заболеваний, по данным ВОЗ, составляет 15-20%. Влияние окружающего воздуха на развитие онкологических



заболеваний в условно чистых городах – 2%, в загрязненных – чуть выше.

Кстати, в Красноярске вода хорошего качества, а становится чище. Хотя загрязнение воздуха в большей степени влияет на возникновение аллергических заболеваний, бронхиальной астмы, но не на онкологические заболевания.

В Сибири и на Дальнем Востоке заболеваемость раком выше, чем в остальных частях России за счет континентального климата: большие перепады температуры резко подавляют иммунитет.

ФЕДЕРАЛЬНОМУ ЦЕНТРУ КАРДИОХИРУРГИИ – 9 ЛЕТ

День рождения наши коллеги отмечают 10 сентября. В этот день в 2010 году в поликлинике Центра были приняты первые пациенты.

За прошедшие годы в клинике проведено более 42 тысяч операций, 13 трансплантаций сердца.

Буквально накануне дня рождения кардиохирургии спасли молодого мужчину, которому требовалась экстренная пересадка донорского сердца.

Подходящего донора 26-летний пациент ждал в реанимации федерального кардиоцентра больше месяца, где врачи медикаментозно поддерживали ему жизнь.

– Надежда на то, что пациента удастся спасти, таяла с каждым днем, – рассказывает главный врач Центра Валерий Сакович. – Фракция выброса снизилась до 10 процентов, проще говоря, сердце парня практически не сокращалось и могло остановиться в любой момент. Выручили коллеги из краевой клинической больницы – там появился донор, сердце которого подошло нашему пациенту. Операция прошла в плановом порядке. Больше было морального напряжения. У многих из нас дети такого же возраста.



ВНИМАНИЕ!

КРАЕВАЯ СЛУЖБА ЗАНЯТОСТИ ОБУЧАЕТ ГРАЖДАН ПРЕДПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА

Мы организуем подготовку сотрудников предприятий предпенсионного возраста в рамках национального проекта «Демография» федерального проекта «Старшее поколение». Цель — приобретение новых или развитие у предпенсионеров имеющихся знаний, компетенций и навыков, обеспечивающих конкурентоспособность и профессиональную мобильность на рынке труда.

Участие в нацпроекте позволяет предприятиям получить квалифицированного работника без дополнительных затрат, а также привести уровень его знаний в соответствие с требованиями профстандартов.

Напомним: к категории граждан предпенсионного возраста относятся лица, которым остается пять лет до пенсии по старости, в том числе досрочной.

Принять участие в программе могут предпенсионеры, состоящие в трудовых отношениях или ищущие работу. Инициатива может идти как от граждан, так и работодателей.

Служба занятости компенсирует затраты предприятия на обучение сотрудников предпенсионного возраста на основании договора, заключаемого с работодателем. Максимальная стоимость профессиональной подготовки — 68,5 тыс. руб. на одного сотрудника.

Субсидия предоставляется на оплату обучения, на проезд и наем жилья, на медицинское освидетельствование, если таковое необходимо.

Подготовка происходит в организациях, имеющих лицензию на осуществление образовательной деятельности. Обучение может проходить в очной, заочной и дистанционной формах.

Внимание!

Профессиональное обучение должно быть завершено до наступления пенсионного возраста. Повторное профессиональное обучение лиц предпенсионного возраста не допускается.

В рамках нацпроекта «Демография» краевая служба занятости населения организовала профессиональную подготовку и повышение квалификации уже для 1170 предпенсионеров. 85% из них состоят в трудовых отношениях.

Например, с 57 организациями медицинской сферы достигнута договоренность на обучение 237 человек.

По всему краю к подготовке уже приступили сотрудники больниц в Северо-Енисейском, Нижнеингашском, Ужурском, Каратузском, Мотыгинском, Ермаковском, Енисейском, Бирилюсском и других районах. Также планируется, что в этом году профессиональные возможности расширит персонал Манской районной больницы, Клинической больницы № 51 в ЗАТО Железнодорожск, Красноярской городской стоматологической поликлиники № 4, Красноярской городской детской поликлиники № 2 и других медицинских организаций.

Подробнее узнать об организации профессионального обучения и дополнительного профессионального образования лиц предпенсионного возраста в рамках нацпроекта «Демография» можно на Интерактивном портале агентства труда и занятости населения Красноярского края, а также в ближайшем центре занятости.

КРАТКАЯ СПРАВКА

Агентство труда и занятости населения Красноярского края

Руководитель — Виктор Васильевич Новиков

Тел. 8 (391) 211-70-89. E-mail: office@azn24.ru

Пресс-служба — Наталья Вдовкина: тел. 8 (391) 221-02-54, 8-923-295-05-37

E-mail: news@azn24.ru.

Сайт: www.trud.krskstate.ru

Kapecтbo
Qualitas

ЧТО ДВИЖЕТ РУКОВОДИТЕЛЕМ ПРИ ВНЕДРЕНИИ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Е. Е. Корчагин, главный врач
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Так в моем представлении должна выглядеть идеальная медицинская организация: довольные пациенты, влюбленный в работу персонал, оптимизированы процессы по всем направлениям.



Когда в 2012 году в краевой клинической больнице стала внедряться система менеджмента качества, не будет преувеличением сказать, что самая сильная мотивация создать клинику, идеологически близкую к лучшим западным образцам, была у главного врача.

Это было стремление из классической российской больницы сделать что-то принципиально новое, плюс азарт: получится или нет?

Мои верные единомышленники вспоминают дела семилетней давности и признаются честно: поначалу им не верилось, что мои идеи воплотятся. Но очень быстро в процесс повышения качества и безопасности медицинской помощи вовлекся ближний круг – заместители, а затем и весь коллектив больницы.

Сегодня, когда стационар Красноярской краевой клинической больницы по итогам 2017 года признан федеральной службой Росздравнадзора самым безопасным в России, когда больница сертифицирована по ISO9001-2015 и находится, пусть пока на дальних подступах, к сертификации JCI, можно проанализировать, как именно мы продвигались к промежуточной точке, в которой находимся. Это необходимо сделать, чтобы идти дальше.

Удовлетворенность пациентов

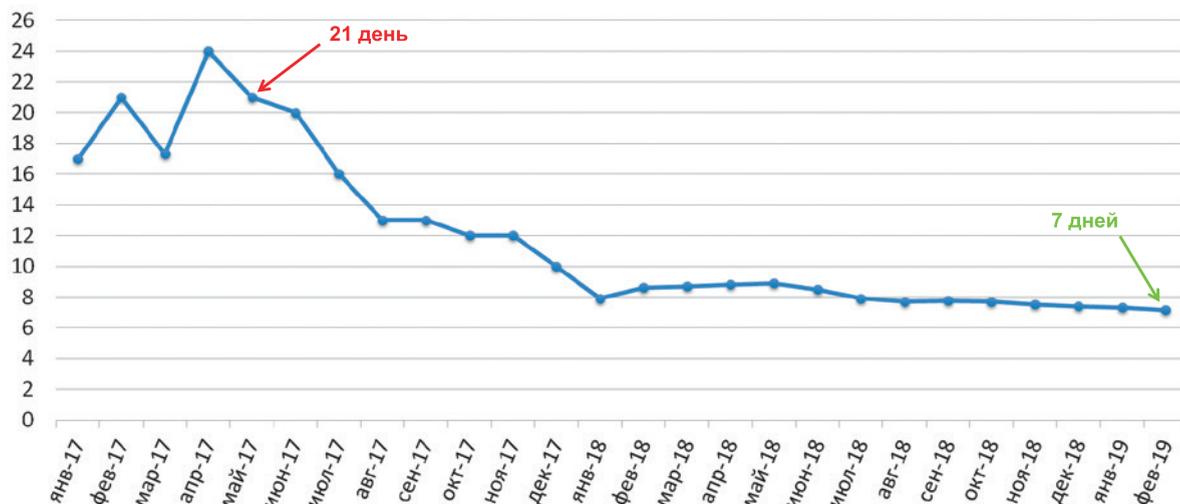
В 2012-2013 годах мы, как и сейчас, проводили анкетирование наших больных и получали печальные результаты: всего 58% пациентов были удовлетворены пребыванием на больничной койке. И это с учетом стремления всех поколений красноярцев лечиться именно в краевой больнице, ведь тут всегда были лучшие врачебные кадры.

Но людей не устраивало отношение персонала, низкая доступность медицинской помощи: коридоры консультативно-диагностической поликлиники были забиты очередями.

Сегодня удовлетворенность пациентов оказываемой медицинской помощью достигает 97-98%.

Наши пациенты довольны:
– доброжелательным отношением персонала;

Средняя продолжительность обследования в поликлинике





Заместитель министра здравоохранения Марина Бичурина с визитом в краевой клинической больнице

- доступностью медицинской помощи;
- средней продолжительностью обследования в поликлинике;
- пациентоориентированными процессами (непосредственно медицинской помощью и уходом);
- безопасностью и комфортом;
- доступностью информации для пациентов и родственников;
- широким спектром медицинских услуг.

Собственно, внедрение СМК началось для коллектива ККБ с формулировки миссии больницы и ее ценностей.

Это была интересная дискуссия в планерном зале о том, кто же все-таки в больнице главный – медик или пациент? Коллектив решил: в больнице главный – пациент. Именно поэтому одна из трех задекларированных важнейших ценностей нашей больницы – человечность. Коллектив решил, что человечность стоит в одном ряду с профессионализмом, и мне как главному врачу приятно сознавать, что от этого принципа наши сотрудники не отступают уже седьмой год.

Из пациентоориентированных процессов необходимо отметить повышение доступности медицинской помощи. Снизился с 21 дня до недели срок обследования в поликлинике. Мы проанализировали диагностику в амбулаторных условиях и обнаружили, что непосредственно обследования занимают не более 2-2,5 часа. Нам удалось ликвидировать временные «ямы» за счет составления заочного маршрута пациента. То есть пациент, который едет к нам в поликлинику из района, уже «расписан» по максимуму на диагностические исследования.

На портале больницы работает программа планирования госпитализации. Если раньше перенесение сроков операции, ее время, инциденты в ходе оказания хирургической помощи были покрыты мраком, то сегодня именно полная открытость и стандартизация всех процессов – при подготовке к операции, во время операции, после операции – залог хирургической безопасности.

Безопасность и комфорт пациентов в отделении обеспечивает крайне важный специалист – универсальная медицинская сестра. Она отвечает за 6-8 пациентов, но это ее пациенты, которые получают про-

фессиональный уход. Универсальная сестра выполняет назначения врача – это инъекции, подготовка к операции, выхаживание после операции. Важно, что она владеет всей информацией о пациенте и никогда не оставляет его в одиночестве.

Комфорт пациентам обеспечивают палаты малой вместимости, индивидуальное питание, максимальная для больницы приватность. При планировании нового хирургического корпуса мы старались создать максимальный комфорт для пациентов – и не с приемного покоя, а еще раньше: например, даже из машины скорой помощи пациент будет выгружаться не под открытым небом, а под крышей – в специальном ангаре для «скорых».

С помощью стандартизации нам удалось решить и сложный этический вопрос посещения родственниками реанимационных отделений.

Памятка о посещении реанимации требует от родственников тишины, гигиены и пользы – ухода за больным. Оговорено и количество посещений – не более двух посетителей в день, чтобы не мешать ни тяжелым пациентам, ни персоналу.

Удовлетворенность персонала

Она не менее важна, чем удовлетворенность пациентов. Удовлетворение работой наших сотрудников строится:

- на возможности профессионального роста, повышения квалификации;
- высокой заработной плате;
- освоении новых технологий;
- оптимальной организации рабочих мест;
- стандартизированных процессах в медицинской организации;
- доброжелательной атмосфере внутри коллектива;
- вовлечении персонала в принятие решений.

Примечательно, но хотя мы поначалу больше внимания уделяли пациентоориентированности клиники, удовлетворенность персонала



росла параллельно с удовлетворенностью пациента – это был взаимный и очень приятный для нас всех процесс.

Большую поддержку мы чувствуем со стороны исполнительной власти региона. Губернатор Красноярского края Александр Викторович Усс обеспечил грантами на обучение в ведущих европейских клиниках молодых и перспективных красноярских врачей.

Еще совсем недавно коллективными мероприятиями в больнице были только праздничные «корпоративы». Недавно у нас появилась новая традиция – на День медицинского работника мы выезжаем за город и проводим Фестиваль саморазвития – с тренингами, отдыхом на природе, семинарами.

Конечно, мы признаем заслуги сотрудников, награждаем лучших. Особой чести удостоиваются ветераны, отдавшие многие годы нашей больнице, – они награждаются золотым знаком «Почетный сотрудник ККБ».

Заместители главного врача, заведующие отделениями принимают активное участие в формировании стратегического плана развития больницы.

Первый стратегический план на три года был принят коллективом в 2016 году. До конца текущего года мы подведем итоги его исполнения и примем новый план, определяющий главные направления развития больницы на ближайшие 5 лет, с 2020 по 2025 год.

Оптимизация деятельности

Она началась с первых дней внедрения СМК в нашей больнице. В первую очередь мы акцентировали внимание на лечебном процессе. Например, с помощью стандартов нам удалось значительно сократить время обследования в приемном покое для пациентов с ОНМК, сочетанной травмой, в том числе при массовом поступлении, для пациентов с пневмонией и других категорий больных.

Сегодня многие отделения в стационаре работают по системе КАН-БАН, в соответствии с которой лекарственные средства и медицинские изделия должны поступать в отделения точно и вовремя.

Работают мониторинги финансового состояния, технического оборудования, повышена эффективность использования рабочего времени. В больнице максимально используются информационные технологии.

Разработана инструкция по классификации оборудования по степени опасности применения. Каждому оборудованию присвоен класс опасности.

В рамках проекта энергосбережения централизованно заменена часть ламп накаливания и люминесцентных ламп на светодиодные. Мы отмечаем снижение электропотребления за 2018 год на 12,7%, или 6 млн рублей.

Качество – понятие бесконечное

На нашем пути крайне важна поддержка сверху – и со стороны руководства Красноярского края, и от Министерства здравоохранения РФ. Приказ за подписью Вероники Игоревны Скворцовой от июня 2019 года утверждает требования ко всем медицинским организациям о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской помощи.

Мы получили и самую высокую поддержку в стране – свою встречу с Президентом Российской Федерации в Алмазовском центре Санкт-Петербурга трактуем как признание статуса Красноярской краевой больницы на федеральном уровне.

Но все же наибольшее удовлетворение как главный врач я получаю от идеологических перемен в больнице. Наш коллектив меняется – в нем все больше вежливости, достоинства и гордости за причастность к краевой клинической больнице.

И, конечно, большую радость приносят отзывы пациентов, в которых, кроме благодарности лечащим врачам, есть удивление и восхищение больницей в целом.

Повышение качества медицинской помощи – процесс бесконечный. Наша следующая большая цель – аккредитация по JCI. Надеюсь пройти этот путь со своей командой.



На встрече с Владимиром Путиным в Алмазовском центре Санкт-Петербурга, 2018 год

О КАЧЕСТВЕ, БЕЗОПАСНОСТИ, СТАНДАРТАХ И СРЕДЕ

*В. С. Жук,
медицинский советник СП. АРМ
Санкт-Петербург*

С развитием информатизации в медицине в тематическом поле все сильнее актуализируются понятия безопасности, менеджмента качества и стандартизации. Мы решили разобраться, в каких отношениях они состоят внутри одной медицинской организации, и какое у них будущее.

Казалось бы, понятие безопасности вшито в саму идею здравоохранения: охранная структура, в данном случае — охраняющая здоровье, по умолчанию должна быть безопасной зоной, но это не так. Тему безопасности здравоохранения стоит и даже необходимо обсуждать отдельно, и только потом можно начинать разговор о качественном развитии сектора.

Что такое безопасность в медицине?

Сегодня, когда технологии развиваются настолько быстро, что человеческий ум не успевает их не то что изучать, а даже осмысливать, вопрос безопасности актуален там, где прежде не поднимался. К примеру, когда были придуманы смартфоны, никто не обсуждал всерьез их безопасность, пока случайно не получился смартфон с функцией самовоспламенения: вопрос пришлось переосмыслить во избежание спонтанного запуска новой функции в кармане брюк или, к примеру, в самолете.

Кстати, безопасность самолетов за последнюю сотню лет тоже радикально поменялась. В начале XX века вероятность благополучного попадания из пункта А в пункт В на самолете была примерно 50%. На сегодняшний же день даже вероятность гибели от укуса пчелы выше, чем гибели в авиакатастрофе. Если точнее, риску причинения любого вреда жизни и здоровью во время перелета подвергается один из миллиона пассажиров.

А вот получить повреждения при оказании медицинской помощи рискует 1 из 300 пациентов, и это очень тревожащая статистика. Причем от страны к стране она мало отличается: в США смертность в результате врачебной ошибки находится на третьем месте среди всех причин, после болезней кровеносной системы и рака, опережая патологии легких и даже травматизм. В результате врачебных ошибок в США умирает 250 000 человек ежегодно, а это 9,5 процента от общего количества смертей.

По оценкам ВОЗ, в развитых странах вред во время пребывания в больнице причиняется здоровью каждого десятого пациента. И речь не только о неправильно поставленных диагнозах или некорректных назначениях медикаментов — известны случаи, когда пациенту просто делали не ту операцию!

В России статистика врачебных ошибок собирается менее скрупулезно, чем ВОЗ или в Штатах, но мы можем опираться на косвенные данные. Так, на Российском национальном конгрессе терапевтов прозвучала информация, что каждый третий из поставленных диагнозов впоследствии был признан ошибочным. А неправильный диагноз — это почти всегда дополнительные медицинские расходы и нервы, порой — дополнительный риск для жизни. Специальные исследова-



Необходимо построить развязку, при которой невозможен выезд на встречную полосу

ния подтверждают, что причиной осложнений заболеваний, зачастую приводящих к тяжелому клиническому, а иногда летальному исходу, в 80-85% случаев становятся врачебные ошибки.

Поэтому закономерно, что в 2002 году Ассамблея государств — членов ВОЗ приняла резолюцию, в которой необходимость содействовать обеспечению безопасности пациентов признается фундаментальным принципом для работы всех систем здравоохранения.

Более того, безопасность медицинской помощи — базовая потребность не только пациента, но и медицинской организации. Безопасная больничная среда — это среда, которая в наиболее полной мере обеспечивает и пациенту, и медицинскому работнику условия комфорта, позволяющие эффективно удовлетворять все свои жизненно важные потребности.

Для МО безопасность к тому же экономически выгодна: дополнительная госпитализация, судебные издержки, приобретенные внутрибольничные инфекции, утраченный доход, инвалидность и медицинские расходы обходятся России примерно в 29 миллиардов долларов США в год. Так что, думая о безопасности, мы профилируем огромное количество осложнений, которые требуют денег.

Вернемся к понятию качества

Именно от безопасности напрямую зависит качество здравоохранения, точнее, безопасность и качество — две стороны одной медали. Нарушение технологии оказания медицинской услуги, то есть снижение ее качества, приведет к тому, что вместо помощи пациенту может быть нанесен вред, и его безопасность будет нарушена.

Стоит стремиться — и мы стремимся — к идеальной ситуации, где показатели качества и безопасности находятся на отметке 100%. Но чтобы достичь этих идеальных условий, нужно написать пошаговый план, и для этого придется разработать систему стандартов.

Если вам вдруг кажется, что медицинская организация избегает стандартизации и отлично себя чувствует, то вам только кажется: либо не отлично, либо не избегает. Любая организация непрерывно развивается, как и ее система менеджмента. Вариантов управления существует множество, и если вы не распознаете механизм управления конкретной организации, возможно, вы просто еще не знаете о такой системе менеджмента качества.

Тревога многих комментаторов вокруг термина «стандарт» в медицине тоже хотя и понятна, но преувеличена. Не потеряется ли среди стандартов диагностики и лечения персонализированная медицина? Где в мире стандартов найдется место пациенту? Отвечаем: место пациента — посередине, в центре выстроенной на стандартах системы, которая заставляет нас действовать правильно. Сейчас разберемся, как это устроить.

Примеры стандартов

Один из тезисов федеральной программы «Развитие здравоохранения в Российской Федерации» (Постановление Правительства РФ от 15.04.2014 №294, подпрограмма «Управление развитием отрасли») звучит так: «к 2020 году доля медицинских организаций, внедривших систему управления качеством медуслуг, должна составить 95%». Ориентироваться предлагается на использование международного опыта.

Давайте посмотрим, что этот опыт предлагает

Самый популярный стандарт качества сегодня — это ISO 9001, система оценки качества товаров и качества оказания услуг, а также руководство по достижению устойчивого результата. Достоинство ISO — широта охвата: благодаря этой системе детали для купленного в России велосипеда, приобретенные где-то в Мексике, к велосипеду подойдут. А недостаток ISO в том, что этот стандарт написан изначально под товары, а не под услуги, и в медицине часто неприменим.

Сейчас в России входит в моду JCI (JointCommissionInternational) — специализированный медицинский стандарт, направленный на обеспечение безопасности пациентов путем выявления проблемных областей в здравоохранении и распространения лучших практик для решения этих проблем. Он был впервые введен в 2000 году и за 20 лет собрал себе прекрасное реноме.

Недостаток один: JCI не курирует медицинское учреждение в развитии, то есть, например, со сменой менеджерского состава достижения информатизации могут быть утеряны, хотя статус соответствия стандарту номинально останется. По сути, реальное сохранение уровня требует огромного количества административных затрат, и здесь опять возникает комментатор-скептик, уверенный, что стандартизация уводит медика от собственно пациента в процедурные дебри.

Запомните эту мысль, мы к ней еще вернемся.

Несколько лет назад мы обратили внимание на стандарт HIMSS Analytics, разобрались в нем, прошли вместе с нашими клиентами, ВЦЭРМ им А.М. Никифорова, непростой путь стандартизации на шестой уровень сертификации по шкале EMRAM HIMSS Analytics, а заодно стали пока единственными амбассадорами HIMSS в РФ и Казахстане.

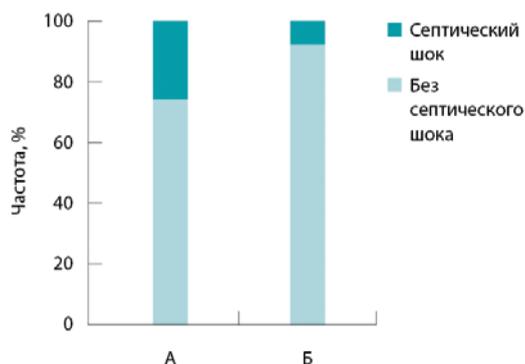


Рис. 1. Частота развития септического шока до (А) и после (Б) внедрения системы поддержки принятия врачебных решений

HIMSS проповедует использование информационных технологий для обеспечения безопасности пациента, качества медицинской помощи и управления себестоимости процессов, и этот подход нам кажется оптимальной ориентировкой на развитие менеджмента качества. И, кстати, это тот вид зубной пасты, который невозможно засунуть назад в тюбик: выход на определенный уровень информатизации сложно отыграть назад, поскольку за его поддержку в дальнейшем отвечают в большей мере технологии, а не медики.

Путь к безопасной экосистеме в медицине

Мы разобрались в идее медицинской безопасности, в понятии менеджмента качества и в необходимости правильных стандартов. Осталось понять, как собрать все это вместе, не уводя все административные ресурсы от собственно медицинской работы, а, наоборот, концентрируя их вокруг оказания услуги пациенту.

Помните волнение нашего воображаемого скептика о том, что сохранение уровня, например, JCI отнимет у медицинской организации силы, зарезервированные под собственно медицинские цели? К двум другим стандартам, как и к любому четвертому, такое волнение тоже применимо. Мы оказываемся перед дилеммой: без стандартов невозможно сохранение безопасности, без безопасности не будет качества, но поддерживать высокое качество, вкладывая основные мощности в стандарты, зачастую не на что. Как из этого круга выбраться?

Выход в том, чтобы работать не над внедрением каждого стандарта в отдельности, а над созданием такой среды, в которой исполнение стандартов, поддержание безопасности и развитие качества станет неизбежным.

Представьте чудовищно нагруженный автомобильный перекресток. Можно пойти путем контроля и нагнать как можно больше господ полицейских с мигалками и жезлами — тогда порядок будет наведен. Но можно пойти другим путем и построить такую автомобильную развязку, чтобы просто не было условий выехать на встречную полосу, — создать среду, в которой неисполнение ПДД будет затруднено, а исполнение, наоборот, станет самым легким и доступным из действий.

Пример работы

Именно по такому принципу, например, работает система поддержки принятия врачебных решений (СППВР): сервис, по предварительной настройке оповещающий медика об изменении состояния больного с сопутствующими рекомендациями к действию. Рекомендации выводятся на основе заданного алгоритма и, в зависимости от действия, могут как просто быть тайм-сигналом к проведению конкретных процедур, так и оповещать о нестандартной и опасной для жизни ситуации.

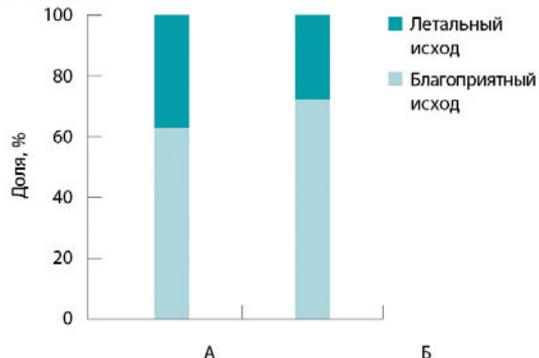


Рис. 2. Доля летальных исходов из числа установленных диагнозов сепсиса до (А) и после (Б) внедрения системы поддержки принятия врачебных решений

Решение всегда остается за медиком, но благодаря СППВР снижается влияние на историю лечения таких человеческих факторов, как забывчивость или неточность внесения показаний.

Чтобы было понятнее, воспользуемся примером одного из наших клиентов: ФГБУ ЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России. Коллеги из ВЦЭРМ — одни из немногих, кто, пусть фокусно, снимает и анализирует статистику до и после внедрения тех или иных функций МИС. В данном случае они провели исследование по влиянию СППВР на количество случаев сепсиса и их развитие.

За период с 2015 по 2017 год был проведен ретроспективный анализ базы данных медицинской информационной системы qMS («СП. АРМ», Россия), содержащей сведения о 37 997 пациентах.

На первом этапе (с января 2015 по июнь 2016 года) анализировали результаты, получаемые при традиционной схеме лечения. С мая по июнь 2016 года в медицинской информационной системе был внедрен модуль СППВР и проведено обучение врачебного персонала.

Данные второго этапа исследования (с июля 2016 по декабрь 2017 года) представляли собой результаты лечения сепсиса с использованием СППВР. Оценивали среднее количество койко-дней нахождения пациента в стационаре, в отделении анестезиологии и реанимации, число случаев развития септического шока, летальность и стоимость лечения.

Диагноз сепсис был подтвержден у 67 пациентов: у 1,4% (27/18 792) до внедрения СППВР против 2,1% (40/19 205) после внедрения СППВР ($p < 0,01$).

Летальность при сепсисе снизилась на 10%, но статистически незначимо ($p < 0,1$). Применение СППВР, интегрированной в медицинскую информационную систему стационара, способствовало уменьшению числа случаев развития септического шока с 26% (7/27) до 7,5% (3/40) ($p < 0,05$). Наблюдалась также тенденция к снижению продолжительности лечения пациентов в отделении анестезиологии и реанимации, что послужило предпосылкой для сокращения общих сроков пребывания в стационаре, а также уменьшения стоимости терапии сепсиса (на 13%) и эфферентных методов лечения (на 29%), однако различия не достигли уровня статистической значимости.

Опираясь на полученные данные, авторы исследования сообщают, что электронное наблюдение за состоянием пациента и изменениями показателей с помощью СППВР дало возможность диагностировать развитие сепсиса на ранних этапах. Что, в свою очередь, открыло возможности для более рационального использования ресурсов здравоохранения, преимущественно за счет ранней целенаправленной терапии у пациентов с тяжелым сепсисом и септическим шоком. По данным ВЦЭРМ, процент развития септического шока снизился, а благоприятного исхода лечения, наоборот, вырос (рис. 1 и 2). Кроме того, после внедрения СППВР обозначилась тенденция к снижению количества койко-дней и стоимости лечения в целом на каждого пациента (таблица 1). Разумеется, для более детального изучения вопроса требуются дополнительные исследования, однако отрицать положительный эффект СППВР невозможно.

Вот, во-первых, пример положительного влияния стандартизации: движение в сторону осмысленной информатизации под кураторством HIMSS подтолкнуло сотрудников ВЦЭРМ использовать возможности МИС не только для документооборота и администрирования, но напрямую — для улучшения качества лечения. И во-вторых, вот пример того, как продуманная среда повышает безопасность автоматически: если осложнения выявляются раньше, выше шанс их купировать.

Член королевского колледжа хирургов, профессор Саламан (Prof P.J. Salaman) однажды сказал: «Мне нужна технология, чтобы было легко делать правильные вещи — и трудно делать неправильные вещи».

Профессор говорит как раз о безопасной медицинской среде: она позволяет не тратить время и силы на мотивацию и повышение сознательности в тех областях, которые легко информатизируются, но дает возможность усилить вовлеченность персонала в нужды пациента и создание атмосферы доверия и безопасности в медицинском учреждении.

Именно такой подход лег в основу работы над СППВР и развития МИС qMS в целом: информационная система должна быть настолько полнофункциональной, чтобы высвобождать ресурсы медиков на пациентоцентричность.

Теперь мы говорим об экосистеме медицинского учреждения, созданной с помощью qMS: экосистема медицинской организации и есть та самая безопасная, плодотворная и продуктивная информационная среда, которая страхует от ошибок, подталкивает к повышению качества и оставляет пациента главным героем.

Литература

В.И. Горбань, М.Ю. Бахтин, А.В. Щеголев, Ю.В. Лобанова. «Система поддержки принятия врачебных решений при сепсисе как важная часть медико-экономической составляющей стационара». Альманах клинической медицины. 2019;47(3):204–11. doi: 10.18786/2072-0505-2019-47-010.

Таблица 1. Число исследуемых пациентов и пациентов с диагнозом «сепсис»

Показатель	До внедрения СППВР	После внедрения СППВР	Значение <i>p</i>
Число пациентов	18 792	19 205	–
Число случаев сепсиса	27	40	–
Доля случаев сепсиса, %	1,4	2,1	< 0,01

СППВР – система поддержки принятия врачебных решений

Таблица 2. Длительность пребывания пациентов в отделении анестезиологии и реанимации и стационаре в целом, койко-дни

Количество койко-дней (Me ± m)	До внедрения СППВР	После внедрения СППВР	Значение <i>P</i>
Отделение анестезиологии и реанимации	20,8 ± 2,9	17,9 ± 1,9	> 0,05
Стационар	29,8 ± 3,3	28,4 ± 2,2	> 0,05

СППВР – система поддержки принятия врачебных решений

Таблица 3. Стоимость лечения, представленная к оплате по тарифам обязательного медицинского страхования

Стоимость, тыс. руб. (Me ± m)	До внедрения СППВР	После внедрения СППВР	Значение <i>P</i>
Один койко-день в стационаре	31,9 ± 3,3	26,8 ± 3	> 0,05
Один эпизод госпитализации	776,8 ± 98,6	675,2 ± 77	> 0,05
Процедуры экстракорпоральной детоксикации (в среднем на 1 пациента)	537,2 ± 125,7	381,7 ± 103,1	> 0,05

СППВР – система поддержки принятия врачебных решений

ОСУЖДАЙ ПРОСТУПОК, А НЕ ПРЕСТУПНИКА,

или Краткий обзор оказания медицинской помощи в Японии и меры предотвращения медицинских ошибок

*Сэйдзи Сумигама, д.м.н.
офис международных отношений,
отделение акушерства и гинекологии
Университетская клиника Нагои, Япония*



В Университетской клинике Нагои 35 клинических отделений. За год через стационар больницы проходит около 290 тысяч пациентов (почти 800 человек в день), амбулаторно лечится 569 тысяч (в день приходят на консультации 2340 человек).

Средний койко-день – 12. Средняя стоимость одного амбулаторного больного – 11 тысяч руб., стационарного – 54,5 тыс. руб.

За год в УНК проводится более 9 тысяч операций, из них 7,5 тысячи плановых и 1,5 тысячи экстренных.

Около 16 тысяч пациентов за год получают лучевую терапию, почти 32 тысячи – химиотерапию. Из них стационарно 17 тысяч и амбулаторно 15 тысяч человек.

54,5 тысячи пациентов обследуются на компьютерном томографе, 19 тысяч проходят магнитно-резонансную томографию, 3 тысячи – ангиографию.

За год в клинике родоразрешают около 500 пациенток.

И последние интересные цифры: на сегодня клиника судится по 138 делам, и из них только за последний год на больницу заведены 45 новых судебных дел.

Функции Университетской клиники Нагои следующие:

- с 2007 года это Окружной онкологический координационный центр. Всего в Японии 325 больниц онкологического профиля. Функции центра: мультидисциплинарное лечение, паллиативная помощь, сотрудничество с региональными клиниками;

- с 2013 года это Центральная детская онкологическая больница. Всего детских онкологических клиник в Японии 15. В больнице находится пять биологически чистых помещений, здесь проводится до 50 трансплантаций костного мозга в год. Клиника считается лучшей в стране по трансплантации кроветворных стволовых клеток. Она обеспечивает маленьким пациентам долгосрочное наблюдение и поддержку детскими специалистами;

- с 2016 года это Центральная клиническая исследовательская больница. Количество подобных аккредитованных больниц в Японии 11. Больница работает по международным стандартам клинических исследований, инициирует клинические испытания, лечение проводится по запросу пациента;

- с 2018 года это Центральная больница для коррекции раковых геномов. Определяет индивидуальный геномный профиль рака каж-

дого пациента, анализирует, проводит экспертное исследование, сообщает пациенту решение по иммунотерапии.

Заслуги и технологические достижения клиники

В 1998 году здесь произведена первая в Японии пересадка печени. К 2014 году состоялось уже 200 трансплантаций, причем 90% – от живых доноров и только 10% – от умерших. Сегодня здесь производится 20-25 трансплантаций печени в год. Выживаемость больных – 95%.

Тяжелая сердечная недостаточность лечится имплантацией кардиостимулятора, с 2016 года в клинике производится трансплантация сердца. Это первое учреждение в центральной Японии, получившее аккредитацию на трансплантацию сердца.

В клинике внедрена роботхирургия «daVinci». Первая роботоперация при раке простаты проведена в 2016 году. Всего робот прооперировал более тысячи пациентов.

Кадровый срез японской медицины

Во-первых, медиками страна полностью укомплектована, на 100% – японцев обслуживают около 300 тысяч докторов.

Из них:

- более 61 тысячи врачей общей практики (21,2%);
- 54,6 тыс. специалистов (18,9%);
- 16,3 тыс. педиатров (5,7 %);
- 15,6 тыс. психиатров (5,4%);
- 16 тыс. хирургов общей практики (5,6%);
- 11,3 тыс. хирургов-специалистов (3,9%);
- 7 тысяч нейрохирургов (2,4%);
- 20,5 тыс. врачей-ортопедов (7,1%);
- 12,7 акушеров-гинекологов (4,4%).

Национальная статистика

	ЯПОНИЯ	РОССИЯ
Общее численность населения	126 529 000	144 478 000
Число новорожденных/год	1 053 000	1 852 000
Уровень рождаемости	1,5	1,8
Количество больниц с возможностью госпитализации	8 412	Нет данных
Количество врачей /1 000 населения	2,43	4,04
Количество медсестер/1 000 населения	11,34	8,47
Количество коек/1 000 населения	13,05	8,05
Национальные медицинские расходы в сравнении с ВВП	10,93%	5,27%
Медицинские расходы на человека	4 766 USD	1 513 USD

Медицинские учреждения Японии



Что касается университетской клиники Нагои, на 1080 койках здесь работают 399 докторов и 308 врачей-совместителей, 1233 человека среднего медицинского персонала, 365 медицинских техников.

У клиники 71 филиал, это одна из крупнейших медицинских структур Японии.

Знаковые врачебные ошибки

Рассмотрим врачебные ошибки из серии «никогда».

Первый случай уже древний.

В 1999 году произошла ошибка при идентификации пациента перед операцией. Причины и следствия:

- одна медсестра одновременно привезла двух пациентов из палаты в операционный зал;
- произошло недопонимание медсестер у входа, домысливание имени пациента;
- ни анестезиологи, ни хирурги не проверили пациентов в операционной.

Второй случай.

На врача заведено уголовное дело после смерти пациента в 2004 году.

Беременная женщина с предлежанием плаценты погибла на операционном столе.

Хроника событий:

- проводилось кесарево сечение в 36 недель в стационаре;
- Возникли трудности с извлечением плаценты, осложнились обильным кровотечением (17,000 мл)

1. Проведено удаление матки.

2. Пациентка умерла в операционной от гиповолемического шока.
3. Врач был арестован/предъявлены обвинения в «профессиональной халатности, повлекшей за собой смерть», а именно в «принудительном удалении приросшей плаценты».
4. Не «гражданский иск», а «уголовный» спровоцировал споры. В конце концов, врач был признан невиновным.

Знаковая ошибка в Японии: третий случай.

Смерть онкологического пациента после неправильной интерпретации результатов анализов в 2015 году.

70-летний мужчина с двухдневным дискомфортом в области эпигастрия.

1. Пациент обратился за неотложной помощью в университетскую клинику.
2. Врач назначил КТ брюшной области для исключения кровотечения в области эпигастрия.
3. КТ показала плотное новообразование в легких.
4. Другой дежурный врач не изучил описание КТ.
5. Через год другое КТ показало неоперабельный рак легких.
6. Передача неполной информации о пациенте между врачами.
7. Врачи обследуют только те органы, которые лечат они.
8. Неэффективная работа системы прочитано/еще не прочитано.
9. Меры, принимаемые на государственном уровне.
10. #1 Система регистрации медицинских ошибок.
11. Проект разрабатывал Японский совет по качеству медицинского обслуживания (JQ).
12. Введена в действие в 2004 году.
13. «Система онлайн-регистрации» для сбора информации о медицинских ошибках.
14. Больницы, принимающие участие.
15. Обязательное участие [275] + Добровольное [718].
16. Меры, принимаемые на государственном уровне.
17. #2 Отсутствие наказаний/проведение расследований/система предотвращения церебрального паралича.
18. JQ занимается разработкой проекта с 2009 года.
19. Для обеспечения безопасного и надежного перинатального ухода, приносящего пользу не только акушерам, но и родителям, необходимо ввести в действие пункт А)-С):
 - выплата компенсаций пациентам, у чьих детей развилась инвалидность, возможно, вследствие акушерских ошибок;
 - разбирать конфликтные ситуации как можно раньше;
 - разработать механизм повышения уровня акушерской помощи посредством изучения причин возникновения церебрального паралича.



КАК ОБЕСПЕЧИТЬ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПЕРСОНАЛА ПРИ ВНЕДРЕНИИ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

М. Ф. Мухаммадеев, к.м.н.
 ГАУЗ Республики Татарстан
 «Больница скорой медицинской помощи»
 Набережные Челны

ГАУЗ РТ БСМП – больница особенная в масштабах России. Это первое государственное бюджетное учреждение, получившее международный сертификат JCI, и уже давно – в 2015 году. В 2018 году БСМП успешно прошла ресертификацию JCI и подтвердила статус одной из лучших клиник нашей огромной страны.

Опыт БСМП Набережных Челнов по внедрению SMK ценен для медицинского сообщества Российской Федерации.

- постоянное улучшение на уровне всех отделений и обеспечение их участия в программе повышения качества и безопасности пациентов;
- использование объективных, проверенных данных для оценки эффективности процессов;
- эффективное использование бенчмаркинга;
- внедрение и поддержание изменений, которые приводят к улучшению.



Все начиналось в 2012-м

Именно в это время в больнице была создана служба качества – для организация работ по внедрению и поддержанию системы менеджмента качества.

Было выделено четыре ставки:

- представитель руководства по качеству;
- главный специалист службы качества;
- главный внутренний аудитор службы качества;
- юрисконсульт службы качества (по работе с обращениями граждан).

Система менеджмента качества в больнице выстраивалась в соответствии со стандартами:

- ISO 9001 – международный стандарт;
- ГОСТ Р ИСО 9001-2008;
- ГОСТ Р ИСО 9001-2011;
- ГОСТ Р ИСО 9001-2015;
- ГОСТ Р ИСО 15189-2009;
- EFQM (European Foundation for Quality Management);
- JCI (Joint Commission International).

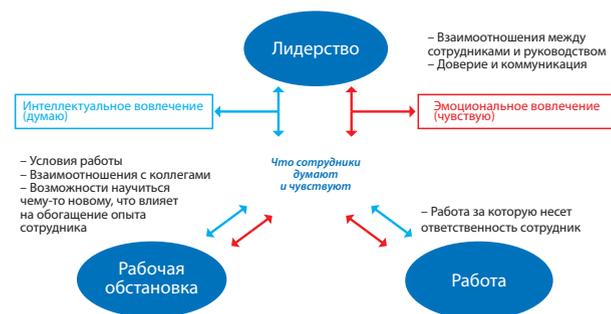
Руководство клиники понимало, что чрезвычайно важно создать в БСМП систему для поддержания постоянного улучшения качества и безопасности пациентов. Эта система базируется на следующих принципах:

Вовлеченность и мотивация персонала

Лояльность персонала к внедрению SMK – самое сложное и эффективное достижение руководства организации.

На уровень вовлечения сотрудников влияют три фактора:

- лидерство в руководстве;
- рабочая обстановка;
- работа.



В представленной схеме особый интерес вызывают взаимоотношения руководителя с персоналом, основанные на доверии и коммуникации. Мало интеллектуального понимания – должно быть эмоциональное восприятие главного врача.

В БСМП регулярно проводится анкетирование персонала по удовлетворенности работой. Оценка удовлетворенности персонала производится по 12 критериям и 10-балльной системе.



БЕНЧМАРКИНГОВЫЙ АНАЛИЗ

Внутренний бенчмаркинг Сравнение эффективности подразделений внутри организации	Бенчмаркинг конкурентоспособности Сравнение эффективности деятельности компании с «прямыми» конкурентами
Функциональный бенчмаркинг Сравнение эффективности определенных функций в компании по отношению к компаниям в той же отрасли	Общий бенчмаркинг Сравнение эффективности определенных функций в компании по отношению к компаниям из других отраслей

Результаты анкетирования очевидны: за три года баллы выросли по всем критериям, и особенно по оплате труда, карьере и обучению.

Что касается рабочей обстановки, ее формирование происходит на уровне руководителей подразделений и с конкретными сотрудниками.

Вырабатываются критерии результативности деятельности отделений, проводятся «советы директоров» – совещания с участием заведующих и старших сестер.

Пример критериев результативности отделения

Критерии результативности деятельности нейрохирургического отделения ГЛУЗ РТ «Больница скорой медицинской помощи»

г. Набережные Челны на 2019 г.

№ н/п	Наименование критерии	Показатель критерии	
		нормативный	фактический
1	Оказание квалифицированной стационарной медицинской помощи взрослому населению и эффективное использование коечного фонда		
1.1	Уровень качества лечения (УКЛ)		Не менее 0,95
1.2	Расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов		не более 2 %
1.3	Послеоперационная летальность		не более 11%
1.4	Частота послеоперационных осложнений В т.ч. гнойно-септических осложнений		Не более 14%
1.4.1			не более 5,3%
1.5	Летальность при сочетанной травме (МКБ-Т06.8)		не более 15%
1.6	Летальность при операциях на головном мозге		не более 20%
1.7	Послеоперационная летальность при хирургическом лечении нетравматических внутримозговых гематом в условиях нейрохирургического отделения (I 61.0 – I 61.9)		не более 20%
2	Качество и безопасность медицинской помощи		
2.1	Число случаев неправильной идентификации		По факту (аб.ч.)
2.1.1	Доля правильной идентификации пациента		100%
2.2	Число случаев падения пациента		По факту (аб.ч.)
3	Квалифицированный уровень медработников отделения		
3.1	Показатель уровня квалификационной подготовки врачей и среднего медицинского персонала		100% (при стаже работы свыше трех лет).
4	Публикация научной статьи в медицинских журналах, участие и выступления на НПК и публикация в сборниках материалов конференции, участие в работе профессиональных обществ, ассоциаций		По факту (не менее одной статьи)
5	Внедрение новых методов диагностики, лечения и организации труда		
5.1	Внедрение операции экстра-интракраниального анастомоза при массивном субарахноидальном кровоизлиянии		2
5.2	Внедрение заднего спондилодеза шейного отдела позвоночника при травматических повреждениях		2
5.3	Обучение нейрореабилитационной команды (нейрохирург, реабилитолог, реаниматолог инструктор-методист ЛФК, логопед) в Клиническом институте мозга г. Екатеринбург		4 кв.

№ места	Отделение	2018г.	Индикатор отставания
9	Травматологическое отделение №2	0,853	о, к, и, а, ж, э
8	Нейрохирургическое отделение	0,88	о, к, и, а
7	Онкологическое отделение	0,90	к, и, а, э
6	Кардиологическое отделение №1	0,93	о, к, а, э
5	Травматологическое отделение №1	0,93	о, к, и, и, а, ж, э
4	Кардиохирургическое отделение	0,931	о, к, и, а, э
3	Неврологическое отделение	0,933	к, и, а, э
2	Отделение сосудистой хирургии	0,934	к, а, э
1	ОРИТ	0,936	к, а, э

РЕЙТИНГОВАЯ ОЦЕНКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КОЕЧНЫХ ОТДЕЛЕНИЙ ПО КОЭФФИЦИЕНТУ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ЗА 12 МЕСЯЦЕВ 2018 ГОДА

2. Зона активных действий и стабильного развития (0,84-0,7)

№ места	Отделение	2018г.	Индикатор отставания
7	Хирургическое отделение №2	0,732	о, к, и, и, а, э
6	Отделение гемодиализа	0,733	б, к, и, а
5	Хирургическое отделение №1	0,750	о, к, и, и, а, э
4	Травмпункт	0,761	к, и, а, ж
3	Кардиологическое отделение №2	0,761	о, к, и, а, э
2	Кардиологическое отделение №3	0,78	о, к, и, а
1	КРО (ОРИТ 12 коек)	0,78	о, к, и, а, э

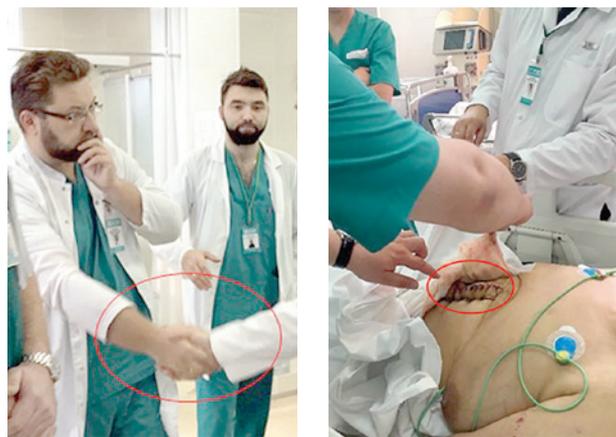
РЕЙТИНГОВАЯ ОЦЕНКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТДЕЛЕНИЙ ПО КОЭФФИЦИЕНТУ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ЗА 1 КВАРТАЛ 2019 ГОДА

Примечание:
 О - показатели по основной деятельности
 К - показатели квалификационного уровня специалистов
 П - публикации
 И - инновации и новые методы диагностики и лечения
 Э - экспертиза страховых компаний и ТФОМС
 Ж - жалобы
 Б - безопасность
 А - деятельность по результатам аудитов

Формирование рабочей обстановки на уровне каждого сотрудника происходит с помощью предложений, основанных на убедительных фактах внедрения системы критериев самооценки сотрудников. Весьма эффективно нематериальное поощрение сотрудников через признание заслуг и достижений, стажировки в отечественные и зарубежные клиники с целью ознакомления с лучшими практиками (35 командировок в 2018 году), забота о сотрудниках.

Например, необходимо убедить сотрудников снимать с рук украшения и мыть руки согласно инструкции.

Сотрудники ничего не могут возразить, если видят результаты смывов с обручальных колец – в среднем на одном из десяти обнаруживается патогенная флора. Убедительны смывы с рук при плановых обследованиях. С каждым годом снижается выявленный процент патогенной флоры. Это означает, что люди качественнее моют руки.



Интересная технология – внедрение системы критериев самооценки сотрудников. Внутренняя аттестация врачей в БСМП проводится на основании:

- приказа ГАУЗ РТ БСМП «О проведении аттестации»;
- приказа «О создании экспертной комиссии по оценке деятельности врачей»;
- приказа ГАУЗ РТ «БСМП» «Об утверждении графика аттестации врачей»;
- положения по аттестации врачей.

Врачи делятся по рейтингу: 100 баллов и выше – отличный врач, 80-100 баллов – хороший врач, меньше 80 баллов – удовлетворительный. Перед вами пример листа самооценки.

Рейтинг врачей за 2018 год был следующим:

- меньше 80 баллов – 30%;

- от 80 до 100 баллов – 30%;
- от 100 до 120 баллов – 40%.

Примеры нематериального поощрения сотрудников через признание заслуг и достижений – виртуальная и реальная Доска почета, уют в ординаторских, кафе для сотрудников и другая забота.

Критерии самооценки врача хирургического профиля за 2018 год

Габуллина Руслана Габулбаровича
Травматолого-ортопедическое отделение №2

№ п/п	Критерии результативности	Абсолютное число	По уровню сложности	Нормативные баллы	Диапазон отклонений	Фактически набраны баллы
1	Число выполненных операций (по уровню сложности) (норм. 220 операций) 296(всего)	9	1 – 10 операций=0,5	0,5		108
		31	2 – 10 операций=1	3,0		
		131	3 – 10 операций=3	39		
		125	4 – 10 операций=5	62,5		
		63	Ассистентский 10 операций=0,5	3,0		
2	Число замечаний по результатам вневедомственной экспертизы.	14		Отсутствие замечаний 10 бал.	1 замечание минус 1 бал.	-14
3	Число обоснованных жалоб и судебных исков.	0		Отсутствие жалоб и исков 10 бал.	1 жалоба минус 5 бал. 1 иск минус 10 бал.	10
4	Наличие квал. категории		высшая категория	15 бал.		5
			категория	10 бал.		
			2 категория	5 бал.		
			Нет категории	0 бал.		
5	Число обоснованных замечаний по результатам внутриведомственной экспертизы.	7		10 бал.	1 замечание минус 1 бал.	-7
6	Число послеоперационных осложнений	0		10 бал.	1 осложнен. минус 1 бал.	10
ИТОГО				норма 110 баллов		112

Вовлечение персонала при внедрении системы менеджмента качества осуществляется и через чувство ответственности – как за свою работу, так и за деятельность всего коллектива.

Технологии коллективной ответственности в БСМП Набережных Челнов таковы: в больнице созданы комитеты по качеству. У каждого комитета есть свой руководитель, который проводит аналитическую работу по всей организации и ежемесячно подает отчет в службу качества. В БСМП внедрен институт уполномоченных по качеству, который представлен всеми заведующими и старшими медсестрами. Они являются проводниками знаний для своих коллективов и ответственны за внедрение стандартов качества.

Культура безопасности

Качество в БСМП начинается с безопасности – ее международных критериев. И пациентов, и медицинских работников окружает наглядная агитация – по профилактике падения, мытью рук, идентификации пациентов.

В больнице работает термин «культура безопасности». Сотрудники несут личную ответственность за передачу нежелательных событий, демонстрируют приверженность к гигиене рук, вносят постоянные предложения по улучшению качества и безопасности.



Руководство БСМП осознает высокую степень риска деятельности больницы и обладает решимостью последовательно направлять деятельность персонала на внедрение безопасных стандартов и технологий. Необходимо сформировать такую производственную среду и атмосферу в коллективе, в которой сотрудники могут сообщать об ошибках, не боясь быть привлеченными к ответственности.

Для решения вопросов безопасности не экономятся корпоративные ресурсы – время работы персонала, непрерывное образование, безопасный метод освещения вопросов с соблюдением врачебной тайны и корпоративной этики.

В больнице осуществляется стандартизированный процесс оценки качества лечения и безопасности пациентов, обеспечиваемый каждым медицинским сотрудником ГАУЗ РТ «БСМП». Работает программа управления рисками для идентификации и уменьшения частоты нежелательных событий.

Информацию о нежелательных событиях в Службу качества могут передать буквально все: сотрудники (врач, медсестра, санитарка, сотрудник охраны и другие члены коллектива), посетители, пациенты, их родственники.

Они передают эту информацию через заведующего отделением, старшую медсестру конкретного подразделения, по электронной почте, через анонимный ящик для сбора предложений сотрудников и посетителей, а также в устной форме – сотрудникам Службы качества.

Для анализа нежелательных происшествий в больнице используется модель 5 М.

Причины происшествия могут быть пяти видов:

- Man (человеческий фактор);
- Medium (факторы окружающей среды);
- Machin (проблемы со стороны оборудования);
- Management (страдает управление, система контроля);
- Mission (сотруднику дают невыполнимые поручения, не соответствующие квалификации).

Проводится также FMEA-анализ, оценка по шкале SOD, где S – тяжесть последствий, O – частота возникновения, D – вероятность обнаружения. Главный параметр PRZ – оценка риска, складывается из произведения SxOxD.

В больнице широко используется система наблюдения за уровнем выполнения гигиены рук. Показатель выполнения гигиены рук при открытых прямых наблюдениях в ГАУЗ РТ БСМП ежегодно растет. В 2016 году он составлял 79,2%, в 2018 году уже 83% людей качественно моют руки.

В больнице постоянно заполняется журнал кайдзен-предложений по улучшению. Доступ к нему есть у всех сотрудников.

О групповом лидерстве

Во всех стандартах GLD термин «лидерство» используется, чтобы подчеркнуть, что за выполнение стандартов коллективно отвечает группа лидеров.



Эффективное лидерство и руководство начинается с понимания прав и обязанностей сотрудников организации и того, как улучшить качество их совместной работы.

С течением времени эффективное руководство позволяет преодолеть барьеры между подразделениями и службами, трудности взаимодействия между ними, и деятельность организации становится более результативной и эффективной.

Как мы изменились благодаря внедрению СМК

Прежде всего, это профессиональный рост – ежегодно в клинике выполняется более 2600 высокотехнологичных операций.

Выросла наша востребованность – за счет увеличения числа пациентов, желающих получить лечение именно в нашей клинике.

Мы стали более открытыми – клиника открыта для обмена опытом по повышению качества предоставления медицинской помощи, усовершенствованию организации работы медицинского учреждения.

Ежегодно нас посещают не только отечественные, но и зарубежные коллеги. В 2016 году к нам приезжали шесть делегаций – всего 32 специалиста. В 2017 году – уже 28 делегаций, 175 специалистов. В 2018 году в гостях было девять делегаций – 109 специалистов.

Итого нас посетили 43 делегации – 316 специалистов.



Выводы

Так что же необходимо для формирования приверженности коллектива к изменениям и улучшениям?

Лояльность коллектива держится на трех китах:

- терпение;
- время;
- этика.

Последнее приходит в коллектив как бы само собой – вместе с изменениями и улучшениями. Это просто доброе отношение и уважение коллег друг к другу.

Мы не знаем, как в других больницах общаются дежурные смены. У нас, например, вот так. И это нас очень радует.

12 апр. 2018 г., 6:55

Дн.дисп. Алексеева
Ночн.дисп. Зарипова
ОТВ.админ, Шалаумов
Александрович

Доброе утро, принято.

iMessage
23 дек. 2017 г., 7:11

Дн.дисп. Гизатулина Г.В.
Ночн.дисп. Хайруллина Р.Ф.
ОТВ админ. Гайдукова
Александровна.

Принято. Хорошего дня!

Справка «ПК»

Государственное автономное учреждение здравоохранения Республики Татарстан «Больница скорой медицинской помощи» начала строиться в Набережных Челнах в 1974 году, почти одновременно с легендарным КамАЗом.

В 1978 году запущена первая очередь больницы, открыты отделения реанимации, травматологии, хирургии и терапии.

С 1980 года клиника называется «Больницей скорой медицинской помощи».

В 2009–2010 гг. прошла реконструкция БСМП.

На сегодняшний день ГАУЗ РТ БСМП:

- обслуживает 1,2 млн человек;
- пролечивает в год 24 тыс. пациентов;
- 60 тыс. человек обращаются за год в приемный покой;
- проводит 14 тыс. операций;
- в больнице 600 коек;
- 14 операционных;
- 12 этажей стационарного блока;
- 1200 сотрудников.

Миссия БСМП

Мы с вами для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи высочайшего уровня во имя спасения жизни и сохранения здоровья людей.

Видение

Динамично развивающийся пациентоориентированный научно-медицинский центр, где оказывают помощь лучшие специалисты, воплощающие в реальность самые высокие ожидания пациентов.



НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ СОБЫТИЯ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ: ВИДЫ И МЕТОДЫ ВЫЯВЛЕНИЯ

Т. Ф. Латыпов, М. Ф. Мухаммадеев

ГАУЗ Республики Татарстан «Больница скорой медицинской помощи»
Набережные Челны

Введение

Согласно ВОЗ безопасность пациентов — основополагающий принцип медицинской помощи. Каждому этапу в процессе оказания помощи свойственна определенная небезопасность. Посещая врача, пациенты ожидают, что будут выслушаны, что им будет поставлен точный диагноз и что они получат своевременное лечение.

В июне 2014 года ВОЗ опубликовала 10 фактов о безопасности пациентов (таблица 1).

Факт 1	Причинение вреда пациенту занимает 14-е место среди причин глобального бремени болезней, что сопоставимо с такими заболеваниями, как туберкулез и малярия.
Факт 2	Здоровью каждого десятого пациента причиняется вред во время пребывания в больнице.
Факт 3	Небезопасное применение лекарственных средств причиняет вред здоровью миллионов людей и наносит финансовый ущерб, измеряемый миллиардами долларов в год.
Факт 4	15% средств на нужды здравоохранения расходуется непроизводительно в связи с различными аспектами побочных эффектов.
Факт 5	Инвестиции, направленные на сокращение числа инцидентов, касающихся безопасности пациентов, могут обеспечить значительную экономию финансовых средств.
Факт 6	На каждые 100 госпитализированных пациентов приходится 14 случаев внутрибольничных инфекций.
Факт 7	Более миллиона пациентов погибает ежегодно от послеоперационных осложнений.
Факт 8	Неправильный или поздний диагноз приводит к отрицательным последствиям на всех этапах оказания медицинской помощи и наносит вред недопустимо большому числу пациентов.
Факт 9	Использование радиационного излучения повысило эффективность медицинской помощи, однако использование методов лучевой терапии в медицинских целях создает угрозу для общественного здоровья и безопасности.
Факт 10	На долю административных ошибок приходится до половины всех случаев медицинских ошибок в системе первичной помощи.

Неблагоприятные события

По оценкам специалистов, медицинские ошибки и неблагоприятные события — одна из основных причин внутрибольничной летальности [1, 2, 3]. Ведущие организации мира, занимающиеся проблемами безопасности пациентов, такие, как Американский институт медицины (IOM), Институт совершенствования здравоохранения США (IHI), Агентство по исследованиям и качеству здравоохранения (ANRQ), Объединенная международная комиссия (JCI), предлагают следующие понятия, связанные с безопасностью пациента:

Медицинская ошибка (Medical error) — неспособность выполнить запланированное действие в соответствии с намерениями или использование ошибочного плана для достижения цели.

Неблагоприятное событие (Adverse event) — непреднамеренный вред, причиненный пациенту скорее действиями или бездействием персонала, чем болезнью или исходным состоянием пациента.

«Почти ошибка» (Nearmiss, Good Catches, Close Calls) — событие, которое не достигло пациента по чистой случайности или из-за активных действий персонала, но могло бы привести к вреду.

«Сигнальное событие» (Sentinel event, The Joint Commission 1995) или «никогда» событие (Never event, National Quality Forum 2001) — непредвиденное событие, не связанное с естественным течением болезни, которое привело к смерти, тяжелому физическому или психологическому вреду пациенту, сотруднику или любому лицу медицинской организации.

Согласно опубликованному в 2018 году обзору 25 исследований, проведенных в 27 странах на шести континентах, 10% госпитализированных пациентов подвергаются неблагоприятному событию (диапазон 2,9-21,9%). Из них 7,3% фатальны (диапазон 0,6-30%), 51,2% неблагоприятных события предотвратимы [4].

Взаимоотношения между этими событиями, связанными с безопасностью пациента, можно представить как следующую графическую схему рис. 1 [5].

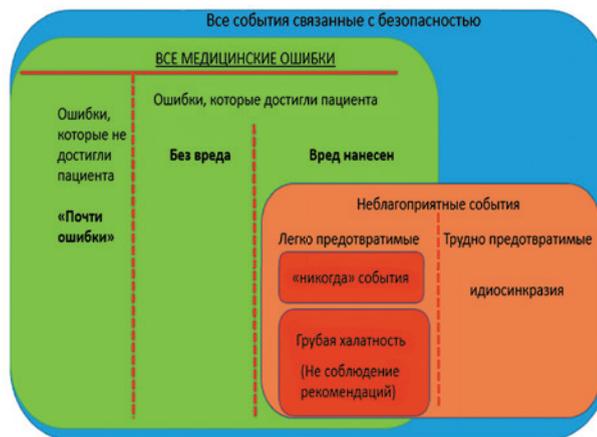


Рис. 1. Взаимоотношения событий, связанных с безопасностью пациентов

Не все медицинские ошибки приводят к неблагоприятным событиям. Согласно теории J. Reason «Швейцарский сыр», в сложных организациях медицинские ошибки приводят к неблагоприятным исходам, только когда они проникают через дыры или дефекты в нескольких слоях защиты (кусочки швейцарского сыра) [6].

Огромный пласт медицинских ошибок, которые не наносят вреда пациенту, называются «почти ошибки». Согласно пирамиде происшествий Герберта Хенрихарис, частота их составляет 1:100. В организациях с развитой культурой безопасности «почти ошибки» являются бесплатными уроками и рассматриваются как хорошая возможность обучения и совершенствования [7]. «Почти ошибки» могут произойти много раз, прежде чем наступит неблагоприятное событие.

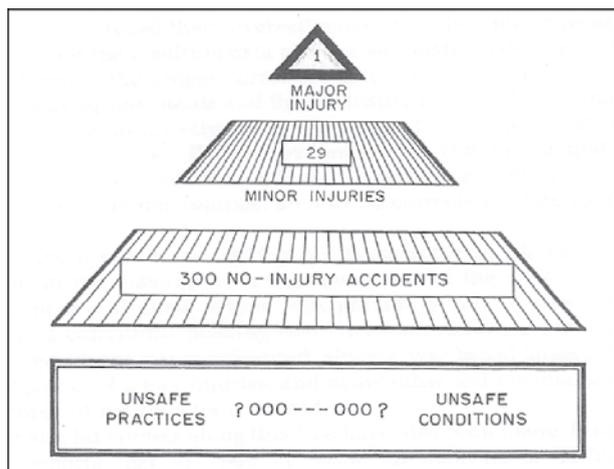


Рис. 3. Пирамида происшествий Герберта Хенриха

По степени нанесенного вреда события, связанные с безопасностью пациента, можно классифицировать, используя Индекс категоризации медикаментозных ошибок, разработанный Национальным координационным советом США (таблица 2).

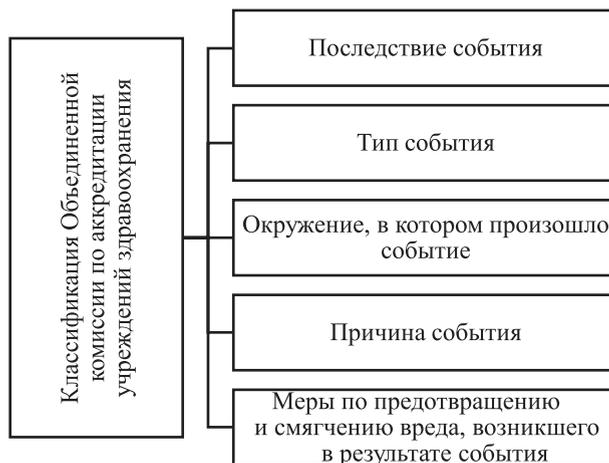
Таблица 2
Индекс категоризации ошибок

Вред не достиг пациента	ПОЧТИ ОШИБКА	Небезопасное условие	
		A	Обстоятельства, которые могут стать причиной нежелательного события (лекарства с созвучными названиями, сбивающая с толку аппаратура)
Вред достиг пациента	СЕРЬЕЗНОЕ НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЕ СОБЫТИЕ	Событие без вреда	
		B1	Событие случилось, но не достигло пациента по чистой случайности
		B2	Событие случилось, но не достигло пациента из-за активных действий персонала
		C	Событие достигло пациента, но не нанесло вреда (ошибка в результате недосмотра – пропущенный прием препарата)
		D	Событие достигло пациента и потребовало повышенного наблюдения или потребовало вмешательства для предотвращения вреда
		Событие, нанесшее вред	
		E	Событие привело к кратковременному вреду и потребовало лечения или вмешательства
		F	Событие способствовало или привело к временному вреду и потребовало госпитализации или удлинения сроков лечения
		G	Событие способствовало или привело к постоянному или долговременному вреду
		H	Событие способствовало или привело к «почти смертельному» исходу, потребовавшему лечения в реанимации
		I	Событие способствовало или привело к смерти пациента

В 2005 году Объединенная комиссия по аккредитации учреждений здравоохранения опубликовала таксономию событий, связанных с безопасностью пациентов. Она включает в себя пять дополняющих друг друга корневых узлов или первичную классификацию: последствие события; тип события; окружение, в котором возникло событие; причина события; меры по предотвращению и смягчению вреда (схема 1).

Затем корневые узлы разделяются на 21 подклассификацию, которые, в свою очередь, подразделяются на более чем 200 категорий.

Схема 1
Основные корневые узлы таксономии Объединенной комиссии по аккредитации учреждений здравоохранения



ВОЗ в 2009 году предложила международную классификацию событий, связанных с безопасностью пациентов. Она включает в себя 10 больших классов (схема 2).



Особое внимание следует обратить на выявление и регистрацию таких неблагоприятных инцидентов, как «сигнальное» или «никогда» события. «Сигнальным» событием согласно JCI называют такое событие, выявление которого сигнализирует о значительной уязвимости системы. «Никогда» событие означает, что, учитывая его легкость выявления и предупреждения в современных условиях, оно никогда не должно случаться. «Сигнальные» или «никогда» события очень редки и случаются обычно раз в 5-10 лет. Однако согласно JCI, если они случились, то 71% из них фатальны.

В Австралии принято 8 «никогда» событий, в США (NQF) 28 событий, в Канаде 15 «сигнальных» событий (таблица 3).

Таблица 3

Сводный перечень «никогда» событий

События, связанные с хирургическим вмешательством или иной процедурой
Хирургическая операция выполнена не на той стороне
Хирургическая операция выполнена не тому пациенту
Неправильная хирургическая операция выполнена пациенту
Непреднамеренное оставление объекта в пациенте после операции
Пациент умер или серьезно пострадал после использования крови
Интраоперационная или ранняя послеоперационная смерть пациента, оцененного по шкале ASA 1
События, связанные с медицинскими устройствами
Пациент умер или пострадал в результате использования контаминированных лекарств, устройств или биологических продуктов
Смерть пациента или серьезная травма, связанные с функцией устройства в лечение пациента
Смерть пациента или серьезная травма, связанная с внутрисосудистой воздушной эмболией, которая возникла во время лечения
События, связанные с медикаментами
Пациент умер или серьезно пострадал в результате медикаментозной ошибки
Смерть пациента в результате введения концентрированного раствора натрия хлорида
События, связанные с уходом и лечением
Пролежни 3-й и 4-й стадий, приобретенные после госпитализации
Искусственное оплодотворение не той спермой или яйцеклеткой
Смерть пациента или серьезная травма в результате невозможной потери незаменимого биологического образца
Смерть пациента или серьезная травма в результате неспособности проследить или сообщить результаты тестов
Материнская смерть или серьезные травмы, связанные с родами или родами при беременности с низким риском во время лечения
Смерть или серьезная травма новорожденного, связанные с родами или родами при беременности низкого риска
Самоубийство пациента в медицинских учреждениях
События, связанные с окружением
Смерть пациента или серьезная травма, связанные с использованием физических ограничений или бортиков кровати в больницах
Смерть пациента или серьезная травма, связанная с ожогом в медицинских учреждениях
Смерть пациента или серьезная травма, связанная с электрическим током в медицинских учреждениях
Любой инцидент, в котором линия, предназначенная для доставки кислорода или другого газа пациенту, содержит неправильный газ
Смерть или серьезная травма пациента или персонала, связанная с введением металлического объекта в область МРТ
Смерть пациента или серьезная травма, связанная с падением
События, связанные с защитой пациента
Смерть пациента или серьезная травма, связанная с его побегом
Выписка пациента любого возраста неуполномоченному лицу
Смерть пациента или серьезный вред в результате транспортировки ослабленного пациента или пациента с деменцией, где не соблюдались протоколы для обеспечения безопасности

В 2010 году был опубликован доклад в США «Неблагоприятные события в больницах: национальная заболеваемость среди застрахованных граждан», в котором было проанализировано около миллиона выписанных пациентов. 0,6% пациентов перенесли «никогда событие», а 13,1% получили вред в результате неблагоприятных событий степенью тяжести E, F, G, H, I [10].

Таблица 4

Примерный список неблагоприятных событий

Неблагоприятные события, связанные с медикаментами
Каскадное событие, при котором наркотические анальгетики вызвали делирий, что потребовало фиксации пациента, пациент выдернул в/в катетеры, пациент упал
Эпизод тяжелой гипогликемии вследствие введения инсулина
Гипогликемическая кома вследствие введения инсулина
Острая почечная недостаточность вследствие приема антигипертензивных препаратов или диуретиков (любых)
Гипотензия вследствие использования наркотических анальгетиков
Гипотензия вследствие использования диуретиков
Каскадное событие, при котором использование наркотических анальгетиков привело к дыхательной недостаточности
Непостановка диагноза синдрома Стивена-Джонсона вследствие приема антиконвульсантов (карбамазепин и фенитоин)
Носовое кровотечение вследствие приема антикоагулянтов
Массивная гематурия вследствие приема антикоагулянтов
Неблагоприятные события в процессе лечения пациента
Отек легких и гидроторакс, связанные с избытком в/в инфузий
Аспирация, связанная с установкой зонда
Аспирационная пневмония
Двусторонний тромбоз глубоких вен
Двусторонняя тромбоземболия легочных артерий (ТЭЛА)
Каскадное событие, при котором задержка в постановке диагноза гипотонии или септического шок приводит к развитию тяжелой гипотензии
Прогрессирование пролежня от одностороннего пролежня 2-й степени до двустороннего пролежня 3-й степени (ягодицы)
Расхождение операционной раны
Гипоксия вследствие невозможности восстановить трахеостому и обеспечить пациента кислородом во время транспортировки
Любой перелом или сильная боль в пояснице вследствие падения пациента
Травма грудной клетки или головы в результате падения
События, связанные с хирургией или иными процедурами
Кровотечение в течение нескольких дней после колоноскопии
Гематома вследствие артропластики колена
Гипотония после операции на сердце
Агональное дыхание вследствие преждевременной экстубации
Каскадное событие, при котором послеоперационный пневмоторакс привел к острой дыхательной недостаточности
Пневмоторакс в результате установки плеврального дренажа
Послеоперационная непроходимость
Послеоперационная задержка мочи
Послеоперационная задержка мочи, связанная с установкой мочевого катетера
Острый коронарный синдром после лапароскопической холецистэктомии, приведший к инфаркту миокарда
Скопление сгустков крови в перикарде после операции на сердце
Отмена операции вследствие неисправности оборудования
Гематурия вследствие травмы мочевыводящих путей при установке катетера
Неблагоприятные события, связанные с инфекцией
Инфекция мочевыводящих путей, связанная с установкой катетера
Инфекция, связанная с установкой внутрисосудистого катетера (центрального или периферического)
Сепсис
Внутрибольничная пневмония (MRSA)

Методы обнаружения неблагоприятных событий

Для эффективного управления рисками и успешного противодействия инцидентам, связанным с безопасностью пациента, необходима надежная система их идентификации, регистрации и анализа. Обычно принято выделять пять методов получения информации об инцидентах, связанных с безопасностью пациента [11]:

Спонтанное добровольное сообщение о событии выявляет проблемы, связанные с идентификацией пациента, падениями, лекарственными назначениями.

Жалобы на медицинскую небрежность позволяют идентифицировать события, связанные с постановкой диагноза, назначением лечения, коммуникациями, практическими навыками, медицинскими записями.

Жалобы пациентов позволяют обнаружить инциденты, связанные с коммуникацией, вспомогательными службами, административными процессами (госпитализация, процесс выписки, постановка в график).

Риск-менеджмент направлен на оценку практических навыков, поведение пациентов и их родственников, административных процессов.

Административные обходы выявляют проблемы с оборудованием, IT-технологиями.

Современная наука о безопасности пациента выделяет три основных инструмента получения информации о неблагоприятных событиях [12].

Наибольшее распространение получил метод добровольной отчетности о случившемся неблагоприятном событии. Он может реализовываться двумя способами [13]:

Нестимулируемая инцидент-отчетность (Non-stimulated incident reporting), при которой персонал отчитывается об инцидентах без дополнительных напоминаний и стимулов. Позволяет идентифицировать лишь 1,5% нежелательных событий. С другой стороны, такой способ оказался наиболее эффективным при идентификации почти ошибок (Nearmisses).

Стимулируемая инцидент-отчетность (Prompted or stimulated incident reporting), при которой персонал постоянно побуждают к представлению отчетов об инцидентах различными путями, например, ежедневным отправлением электронных напоминаний и/или еженедельными напоминаниями при очных встречах. Выявляет только 10-20% неблагоприятных событий, 90-95% которых не наносят вреда.

Низкий процент сообщений о неблагоприятных событиях связан с многочисленными барьерами, которые стоят перед медицинскими работниками [14].

Таблица 5

Барьеры при сообщении о медицинских ошибках

Барьеры	Общий процент
Отсутствие системы передачи информации о медицинской ошибке, которой можно доверять	22,6
Отсутствие достаточного времени для передачи информации о медицинской ошибке	35,1
Недостаточное внимание руководства на сообщенные медицинские ошибки	35,2
Неудовлетворительное содержание формы, созданной для сообщения о медицинской ошибке	37,8
Недостаток адекватной информации о медицинских ошибках и безопасности пациента	38,7
Недостаток понимания важности о необходимости сообщения о медицинской ошибке	39,9

Барьеры	Общий процент
Боязнь административного наказания после сообщенной медицинской ошибки	40,5
Страх потерять свое место после сообщения об ошибке	42,3
Недостаток обратной связи от организационной системы после сообщения о медицинской ошибке	43,2
Недостаток в обучении относительно безопасности пациента и медицинских ошибках	43,4
Боязнь юридической ответственности после сообщения о медицинской ошибке	44,4
Недостаток информации, как сообщать о медицинской ошибке	48,5
Отсутствие подходящей формы передачи информации	51,8
Отсутствие поддержки человека, который сообщил о медицинской ошибке	56
Отсутствие эффективной системы передачи информации о медицинской ошибке	60
Отсутствие персонального внимания о важности медицинской ошибки	62,9

Метод добровольных сообщений о неблагоприятных событиях требует создания специальной системы отчетности, которая должна иметь следующие характеристики [15].

Таблица 6

Характеристики «идеальной» системы отчетности

Учитывать все заинтересованные стороны
Намерения и цели ясны всем сторонам
«Беспристрастная» культура – репортеры максимально защищены от возможных юридических последствий
Вопросы ответственности ясны, сфокусированы и понятны
Система должна включать в себя как конфиденциальные, так и анонимные варианты отчетности
Сообщать может любой
Отчетность сделана как можно проще; несколько вариантов
Есть описательная часть и фиксированные поля, а также существует выбор вариантов различных данных в форме отчетности
Для анализа данных привлекаются эксперты из определенных областей
Обратная связь со всеми заинтересованными сторонами, особенно с репортерами, быстрая и актуальная
Устойчивое лидерство, крайне важно для защиты основных задач и ценностей

Другим инструментом для идентификации неблагоприятных событий является индикаторный метод. Данный метод разработан Агентством по исследованию и качеству здравоохранения (AHRQ) и включает в себя 20 индикаторов безопасности пациента. Индикаторы безопасности пациентов представляют собой набор показателей, предоставляющих информацию о возможных осложнениях и неблагоприятных событиях в больнице после операций, процедур и родов, выставленных как второй диагноз (осложнение основного диагноза) и закодированных по МКБ 10 см.

Таблица 7

Примеры индикаторов безопасности пациентов

Индикатор	Описание	Код МКБ-10
PSI 7	Частота катетер-ассоциированной инфекции кровотока	T80.2 Инфекции, связанные с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией

Индикатор	Описание	Код МКБ-10
		T82.7 Инфекция и воспалительная реакция, связанные с другими сердечными устройствами, имплантатами и трансплантатами
PSI 12	Частота периоперационной тромбоэмболии легочной артерии и тромбоза глубоких вен	I26.0 Легочная эмболия с упоминанием об остром легочном сердце I26.9 Легочная эмболия без упоминания об остром легочном сердце I80.1 Флебит и тромбоз вен бедра I80.2 Флебит и тромбоз вен других глубоких сосудов нижних конечностей
PSI 13	Частота послеоперационного сепсиса	A40.1 Септицемия, вызванная стрептококком группы в A41.0 Септицемия, вызванная Staphylococcus aureus A41.8 Другая уточненная септицемия
PSI 15	Частота неосторожных проколов или повреждений	T81.2 Случайный прокол или разрыв при выполнении процедуры, не классифицированный в других рубриках
PSI 05	Частота оставленных хирургических предметов или неудаленных фрагментов устройств	T81.5 Иноородное тело, случайно оставленное в полости тела или операционной ране при выполнении процедуры T81.6 Острая реакция на инородное вещество, случайно оставленное при выполнении процедуры

Третьим наиболее чувствительным методом для выявления неблагоприятных событий является метод глобальных триггеров (Global Trigger Tool), внедренный в клиническую практику Институтом усовершенствования здравоохранения США (IH) в 2009 году.

Глобальный триггерный метод – выявление триггеров (маркеров), которые могут свидетельствовать о возможных неблагоприятных событиях [16]. «Триггеры» – это «красные флажки», выявление которых в медицинской документации является основанием для более детального ее анализа с целью обнаружения неблагоприятного события, происшедшего во время лечения пациента в больнице и нанесшего ему ущерб. Метод глобальных триггеров содержит шесть модулей, связанных с уходом и лечением, медикаментами, хирургией, интенсивной терапией, перинатальной помощью и отделением неотложной помощи.

Таблица 8

Триггеры неблагоприятных событий

Триггеры осложнения ухода и лечения
C1 – переливание крови и продуктов крови
C2 – остановка сердца или дыхания, вызов реанимационной бригады
C3 – острый диализ

C4 – положительный посев крови
C5 – рентгеновское исследование или доплерография для диагностики тромбоза или ТЭЛА
C6 – снижение гемоглобина или гематокрита на 25% или более особенно за первые 72 часа
C7 – падение
C8 – пролежни
C9 – повторная госпитализация в течение 30 дней
C10 – использование фиксации
C11 – внутрибольничная инфекция
C12 – внутрибольничный инсульт
C13 – перевод пациента на более высокий уровень лечения
C14 – любое осложнение процедуры
C15 – другие

Триггеры, связанные с лекарственными осложнениями

M1 – позитивный посев стула на Clostridium difficile
M2 – АЧТВ более 100 сек.
M3 – МНО более 6
M4 – глюкоза ниже 50 мг/дл
M5 – повышение уровня мочевины и креатинина более 2 раз
M6 – назначение витамина К
M7 – назначение димедрола
M8 – назначение флумазенила
M9 – назначение налоксона
M10 – назначение противорвотных
M11 – гиперседация/гипотония
M12 – неожиданное прекращение введения препарата
M13 – другие

Триггеры, связанные с хирургией

S1 – повторная операция
S2 – смена плана операции
S3 – неожиданная госпитализация в ОАРИТ после операции
S4 – реинтубация
S5 – незапланированное рентгеновское исследование в операционной или в раннем послеоперационном периоде
S6 – интра или послеоперационная смерть
S7 – ИВЛ более 24 часов при плановых операциях
S8 – интраоперационное назначение эпинефрина, норэпинефрина, налоксона
S9 – послеоперационное повышение тропонина более 1,5 нанограмм/мл
S10 – повреждение, ушивание или удаление органа во время операции
S11 – возникновение любого послеоперационного осложнения

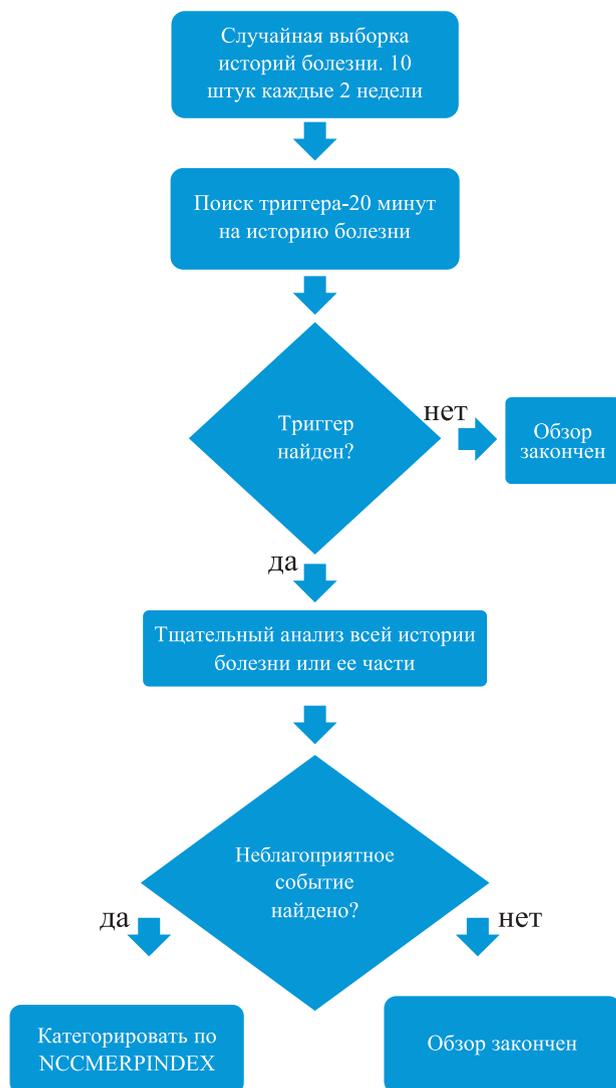
Триггеры, связанные с интенсивной терапией

I1 – внутрибольничная пневмония
I2 – регоспитализация в ОАРИТ
I3 – манипуляции выполненные в ОАРИТ
I4 – интубация/реинтубация

Триггеры, связанные с отделением неотложной помощи (приемный покой)

E1 – повторная госпитализация в течение 48 часов
E2 – нахождение в приемном покое свыше 6 часов

Схема 3
Процесс поиска неблагоприятного события с использованием глобального триггерного метода



Применяя глобальный триггерный инструмент, следует помнить несколько «ключевых точек» (17):

- следуйте определенной последовательности обзора (установите таймер на 20 минут, обратите внимание на: очевидные события, выписной эпикриз, листы назначений, лабораторные результаты, диагностические исследования, описания процедур, записи медсестер);
- ищите только триггеры, не читайте всю историю;
- помните, что выявленный триггер не обязательно свидетельствует о неблагоприятном событии;
- непредвиденные осложнения обычно свидетельствуют о неблагоприятном событии, даже если оно непредотвратимое;
- определите и оцените вред с точки зрения пациента «получил ли я вред?»

В ходе исследования D.SClassen2011 года была доказана высокая эффективность метода глобальных триггеров. В работе было проанализировано 795 историй болезни, тремя методами выявлено 393 неблагоприятных события, 354 из которых было обнаружено методом глобальных триггеров (18).

Заключение

Усовершенствование системы безопасности пациентов неразрывно связано с выявлением неблагоприятных событий, их учетом и профилактикой. Для получения полноценной картины о безопасности пациентов в медицинской организации необходимо использовать комбинацию различных методов и инструментов идентификации, накопления и анализа информации.

Литература

1. James J.T.A. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care // *J. Patient Saf.* – 2013. – Vol.9, № 3. – P. 122–128.
2. Makary M.A. Medical error – the third leading cause of death in the US / M.A. Makary, M. Daniel // *BMJ.* – 2016. – Vol. 353. – I2139.
3. To Err is Human: Building a Safer Health System / I.T. Kohn, J.M. Corrigan, M.S. Donaldson. Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America. – Washington: National Academy Press. – 2000. – 8 p.
4. The occurrence, types, consequences and preventability of in-hospital adverse events – a scoping review René Schwendimann *BMC Health Services Research* 2018;18:521
5. Wachter R. *Understanding Patient Safety*, 2nd edition. McGraw Hill Medical. New York. 2012.
6. Reason J. *Managing the risks of organizational accidents*. Aldershot: Ashgate; 1997
7. Reason, James. *The Value of Close Calls in Improving Patient Safety: Learning How to Avoid and Mitigate Patient Harm*, edited by Albert Wu. Joint Commission Resources, 2011.
8. Institute of Medicine. *Patient Safety: Achieving a New Standard of Care*. Washington, DC. National Academies Press, 2004.
9. Hartwig, S.C., Denger, S.D., & Schneider, P.J. (1991) Severity-indexed, incident report-based medication error-reporting program. *Am J Hosp Pharm*, 48. 2611-2616.
10. ADVERSE EVENTS IN HOSPITALS: NATIONAL INCIDENCE AMONG MEDICARE BENEFICIARIES Daniel R. Levinson Inspector General November 2010.
11. Shojania K.G. The elephant of patient safety: what you see depends on how you look // *Jt. Comm. J. Qual. Patient Saf.* – 2010. – Vol.36. – P.399-401.
12. Naessens J.M. A comparison of hospital adverse events identified by three widely used detection methods / J.M. Naessens, C.R. Campbell, J.M. Huddleston [et al.] // *Int. J. Qual. Health Care.* – 2009. – Vol. 21, № 4. – P. 301-307.
13. O’Neil A.C. Physician reporting compared with medical-record review to identify adverse medical events / A.C. O’Neil, L.A. Petersen, E.F. Cook // *Ann. Intern. Med.* – 1993. – Vol.119, №5. – P.370–376.
14. *Int J Prev Med.* 2015; 6: 97. Published online 2015 Oct 7. doi: 10.4103/2008-7802.166680 Barriers to Medical Error Reporting Jalal Poorolajal, Shirin Rezaie,1 and Negar Aghighi1
15. *Understanding Patient Safety Paperback* – Oct 5 2007. by Robert Wachter
16. <http://www.ihp.org/Pages/default.aspx>
17. *Introducing the Global Trigger Tool to Improve Quality and Patient Safety* Frank Federico, RPh, Vice President and Senior Safety Expert, Institute for Healthcare Improvement (Cambridge, MA), 2017
18. «Global trigger tool» shows that adverse events in hospitals may be ten times greater than previously measured / D.C. Classen, R.Resar, F.Griffin, F.Federico, T.Frankel, et al. *Health Aff (Millwood)*, 2011, vol. 30, № 4, p. 581-589.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ. ПРОФИЛАКТИКА РИСКОВ, СВЯЗАННЫХ С ОПЕРАТИВНЫМИ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМИ

*А. С. Архипов, заместитель
главного врача по хирургии
КГБУЗ «Краевая клиническая больница*

Безопасность пациентов во многом обусловлена профилактикой рисков на всех уровнях оперативного вмешательства.

Три уровня рисков

Первый уровень, время до операции, состоит из нескольких этапов: амбулаторного, поступления в стационар и стационарного этапа.

Если речь идет о пациенте из района, профилактика рисков начинается с оформления документов в поликлинике заочного консультирования. Максимальное обследование пациента перед приездом на очную консультацию в консультативно-диагностическую поликлинику ККБ производится по месту жительства. Результаты всех обследований занесены в виртуальную историю болезни. Там же – стандартно оформленное заключение лечащего врача и направление на очную консультацию.

На очной консультации в ККБ решается вопрос о госпитализации пациента – он заносится в программу «Планирование госпитализации» или экстренно направляется в приемное отделение.

При госпитализации хирургический пациент может быть направлен: в профильное хирургическое отделение, отделение анестезиологии-реаниматологии или непосредственно в оперблок для выполнения срочного оперативного вмешательства.

В приемном отделении на пациента заполняется история болезни, надевается идентификационный браслет и обеспечивается сопровождение санитаря.

Плановое оперативное вмешательство

В профильном хирургическом отделении пациенту назначается предоперационная подготовка, которая включает в себя дополнительные обследования, профилактику ТЭЛА и при необходимости антибиотикопрофилактику.

Пациент заполняет согласие на оперативное вмешательство и при необходимости, на гемотрансфузию.

Заведующий профильным отделением до 14.30 текущего дня вносит в операционный план на завтрашний день на портале ККБ:

- информацию о пациенте;
- диагноз;
- дату и время оперативного вмешательства;
- название оперативного вмешательства (или минимальный и максимальный объем);
- ФИО оператора и ассистента (-ов);
- потребность в гемотрансфузионной терапии и ФИО назначенного трансфузиолога;
- информацию о необходимости применения дополнительного хирургического инструментария, медицинского оборудования или расходных материалов.

Подготовка к плановой операции

Информацию о запланированном на завтра пациенте заведующий профильным отделением передает старшей медицинской сестре, которая с 14.30 до 15.45 определяет наличие необходимых ресурсов для предстоящего оперативного вмешательства. Если ресурсы имеются, старшая медсестра подтверждает завтрашнюю операцию на портале ККБ. Если чего-то не хватает, заведующий операционным отделением либо обеспечивает предстоящую операцию, либо переносит ее на другие дни. Так же поступает заведующий ОАР – на основании операционного плана с 14.30 до 15.45 оценивает наличие ресурсов для анестезиологического обеспечения и назначает анестезиолога-реаниматолога.

Анестезиолог накануне операции проводит предоперационный осмотр, заполняет документы, выявляет противопоказания и, если они есть, доносит их до хирурга.

Хирург передает информацию о начале подготовке медицинской сестре профильного отделения, которая начинает предоперационную подготовку. Если возникают противопоказания, заведующий отделением вносит изменения в операционный план на портале ККБ не позднее 18.00.

Тщательная подготовка пациентов к операции с выполнением всех стандартов привела к тому, что операции отменяются все реже. В 2016 году их было 735, в 2017 году – 672, в 2018 году – уже 506.

Подготовка пациента в день операции

Информацию о готовности пациента к операции и заполненный чек-лист медицинская сестра профильного отделения передает лечащему врачу на планерке.

Пациента осматривают, обязательно маркируют место хирургического доступа, подтверждают возможность проведения операции, подписав стоп-лист. Больному проводят премедикацию. Кстати, для премедикации, которую рекомендуют анестезиологи, прописан свой стандарт по выбору препарата.

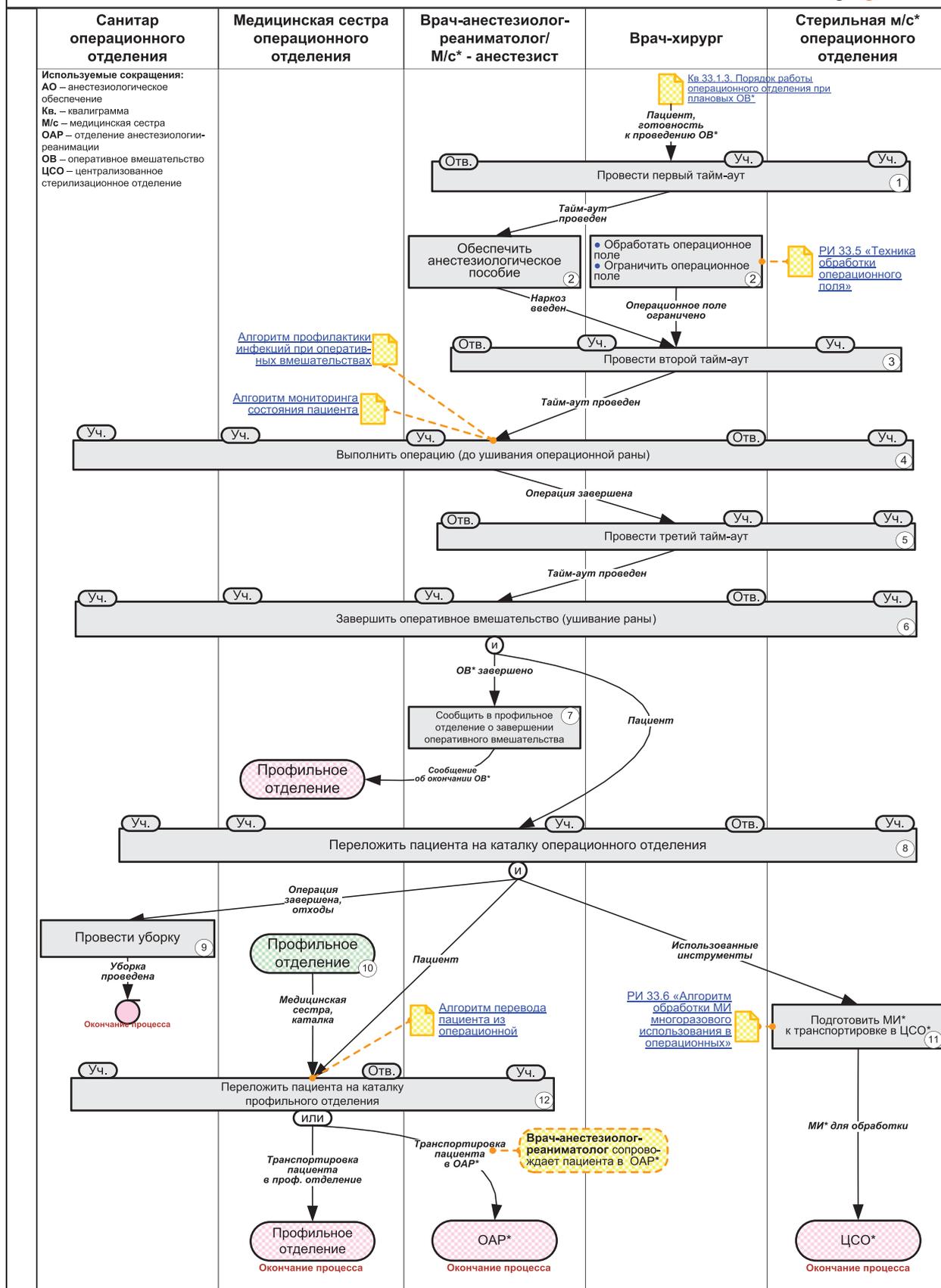
Через 15 минут вводят антибиотик, затем медсестра клеивает чек-лист, Stop List в историю болезни и вместе с санитаром транспортирует пациента с историей болезни в шлюз операционного отделения до «красной черты».

Множественная страховка

В современных оперблоках «страшилки» – перепутали пациента, удалили здоровый орган и так далее – становятся практически невозможными.

Итак, медицинская сестра профильного отделения и санитар доставили пациента в шлюз операционного блока, до «красной черты».

33.1.4 Порядок проведения планового оперативного вмешательства



Перед «красной чертой» медсестра этажа операционного отделения проверяет наличие и заполнение Stop List и идентифицирует пациента. Она сверяет данные на идентификационном браслете с данными операционного плана КГБУЗ ККБ, которые высвечиваются на экране перед входом в оперблок. Если все нормально, медицинская сестра этажа оперблока ставит отметку о поступлении пациента на портале ККБ.

Дальше нестерильная операционная медицинская сестра надевает пациенту шапочку и бахилы. Затем пациента перекладывают на каталку оперблока, накрывают простыней и транспортируют от «красной линии» в операционный зал. И вот там уже, как только пациент укладывается на операционный стол, ставится отметка о начале операции.



Идет операция

Анестезиолог, анестезист, хирург и стерильная медицинская сестра проводят первый тайм-аут. Затем больного вводят в наркоз, хирург обрабатывает и ограничивает операционное поле.

Проводится второй тайм-аут, и начинается непосредственно операция. По завершении операции (до ушивания операционной раны) врач-анестезиолог-реаниматолог, врач-хирург и стерильная медицинская сестра операционного отделения проводят третий тайм-аут.

После третьего тайм-аута операционная бригада ушивает рану.

Затем анестезиолог-реаниматолог или анестезист сообщают в свое профильное отделение о завершении операции и проведении премедикации следующему больному. Инструменты, которыми проводилась

операция, стерильная медицинская сестра упаковывает и отправляет в стерилизационное отделение для санитарной обработки.

А прооперированный пациент уезжает из операционной или в профильное отделение, или на реанимационную кровать.

Вход и выход в операционную

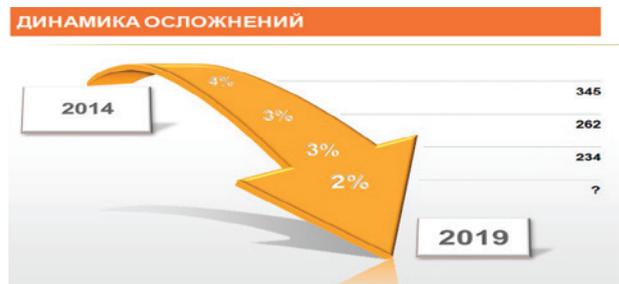
Персонал других отделений за «красную черту» ходить не может. При необходимости – только через санитарные пропускники с соблюдением всех требований санитарной обработки.

В операционные блоки предусматриваются отдельные входы для пациентов (через шлюз) и персонала (через санитарный пропускник).

Регистрация осложнений

Это один из самых важных и этически сложных моментов в обеспечении хирургической безопасности. В больнице прописаны порядки регистрации осложнений и порядки управления инцидентами и критическими ситуациями. Раздел «Регистрация осложнений» находится в qMS. Инциденты подаются на портале, в qMS, Viber. Сотрудники стали более открыто фиксировать осложнения, когда поняли, что эта информация необходима не для наказания, а для повышения качества и хирургической безопасности.

Вы видите динамику осложнений. Количество их ежегодно снижается. И это главный аргумент в пользу внедрения системы менеджмента качества в самой рискованной области медицины – хирургии.



ЧЕК-ЛИСТ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

При отсутствии целевого ответа - к следующему вопросу (этапу) не переходить!

ПЕРВЫЙ ТАЙМ-АУТ (до начала анестезии)

- пациент на операционном столе
- подключены средства наблюдения и сосудистого доступа
- координатор - анестезиолог
- присутствуют: операционная сестра, анестезистка, хирург

1. Пациент подтвердил свои имя, фамилию, согласие на операцию?
Подтвердил
2. Место операции маркировано?
Маркировано / Не применимо
3. Оснащение для анестезии проверено?
Проверено
4. Пульсоксиметр функционирует?
Функционирует
5. Аллергия на лекарства у пациента имеется?
Аллергии нет
Аллергия на ...
6. Проблемы при интубации ожидаются?
Не ожидается
Возможны и имеется необходимое оборудование
7. Риск кровопотери больше 500 мл?
Риска нет
Да, и катетеризированы две периферические вены (центральная вена)
8. Гемотрансфузия возможна?
Нет
Да, и запас крови имеется
9. Хирургическое оснащение достаточное?
Достаточное

НАЧАЛО АНЕСТЕЗИИ ВОЗМОЖНО

ВТОРОЙ ТАЙМ-АУТ (до разреза кожи)

- пациент в состоянии анестезии
- операционное поле обработано и отграничено.
- координатор - анестезиолог
- присутствуют: вся операционная бригада

1. Состав операционной бригады соответствует плану?
Соответствует
2. Предстоящая операция соответствует плану?
Соответствует
3. Какова ожидаемая продолжительность операции?
... минут (часов)
4. Критические события возможны?
Нет
Возможны и будет предупреждение

НАЧАЛО ОПЕРАЦИИ ВОЗМОЖНО

ТРЕТИЙ ТАЙМ-АУТ (перед закрытием раны)

- координатор - анестезиолог
- присутствуют: вся операционная бригада

1. Операция прошла по плану?
Да
Объем операции был изменен до ...
2. Недостаток салфеток и инструментов имеется?
Салфетки и инструменты посчитаны, недостатка нет
3. Препарат маркирован?
Да
Препарат не забирался
4. Имеются особенности послеоперационного ведения?
Без особенностей / Следует обратить внимание на ...
5. Проблемы с оборудованием были?
Нет
Имеется проблема с ...

ОКОНЧАНИЕ ОПЕРАЦИИ ВОЗМОЖНО

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ JCI В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Б. Т. Каупбаева, Ф.М. Газезов
Республиканский центр развития здравоохранения

Аккредитация JCI (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL) является самой престижной в мире и трудно достижимой. Это объективное признание качества и безопасности медицинских услуг, оказываемых медицинской организацией.

Сертификат JCI имеют 1083 организации в 71 стране. Сертифицировано 660 больниц, 31 реабилитационный центр, 64 академических медицинских центра, другие организации.

Как получить сертификат JCI

В первую очередь, необходимую сертификацию имеют возможность пройти только клиники с очень высоким потенциалом, потому что внедрение стандартов требует много времени и финансовых вложений. Кроме того, стандарты JCI обновляются каждые три года с ужесточением требований.

Подготовка к аккредитации осуществляется в несколько этапов. За полтора-два года до аккредитации проверяются критерии допустимости медицинской организации. Вот здесь, например, прописаны критерии для больниц: https://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/6th_Edition_Hospital_Eligibility_Criteria.pdf

Затем знакомятся со стандартами и процессом аккредитации: <https://www.jointcommissioninternational.org/pathway/>

На следующем этапе проводят оценку текущей ситуации и прописывают план подготовки – не позднее чем за год до аккредитации, в зависимости от масштаба медицинской организации и спектра услуг.

Затем разрабатывают правила и процедуры аккредитации, обучают персонал, чтобы обеспечить исполнение стандартов. Примерно за 9-12 месяцев подают заявку на аккредитацию. Первичная форма заявки размещена здесь: <https://www.jointcommissioninternational.org/accreditation/jcia-contact-us/>



После получения логина и пароля оформляется полная заявка на JCI DirectConnect. За 4-6 месяцев до аккредитации проводится тестовая оценка подготовки, а после, в последние месяцы, медицинская организация «шлифует» последние недостатки перед аккредитацией JCI.

Прохождение аккредитации

JCI высылает заранее: биографии аудиторов, расписание аудита.

По приезду, в первый день аудиторы производят обзор документов, требуемых в письменной форме. Непонятные моменты проясняют ответственные лица от медицинской организации.

Во все дни аудита совершаются рейсы (обходы) – для оценки соответствия стандартам и прописанным документам, а также для оценки состояния здания в целом. В процессе аудиторы беседуют с персоналом по вопросам, относящимся к их профессиональной компетенции, а также с пациентами для оценки безопасности и качества оказания медицинской помощи.

Аудиторы проводят сессии по инфекционному контролю, управлению медикаментами, закупкам, управлению качеством. Проводится также обзор личных дел сотрудников, обзор медицинских карт из архива.

Примечательны правила опроса персонала больницы. Должны даваться четкие ответы, должны уверенно демонстрироваться стандартные процессы. Если появилось подозрение в некомпетентности сотрудника, опрос становится глубинным.

Аудиторы просят персонал решить ситуационные задачи: например, представить, что произошло возгорание и необходимо предпринять что-то. Сотрудники должны активировать «код красный» и выполнять все действия согласно алгоритму.

Итоги вчерашнего дня подводятся на утреннем брифинге: аудиторы знакомят коллектив с обнаружениями предыдущих суток. Аудит заканчивается, а результаты его станут известны через несколько рабочих дней – JCI высылает официальное решение.

Система оценки JCI

Финальный отчет отражает только замечания по системе:

- «соответствует»;
- «частично соответствует»;
- «не соответствует».

Как правило, для успешной аккредитации должно быть не более 45 замечаний («частично соответствует» и «не соответствует»).

 Joint Commission International	
Popular medical tourism sites:	Developed countries
UAE – 205	UK – 1
Saudi Arabia – 105	Germany – 2
China – 110	France – 0
Turkey – 44	Austria – 5
Thailand – 66	
South Korea – 26	
Israel – 32	

Но условия сертификации меняются ежегодно, как и количество негативных оценок, при котором аккредитация невозможна.

Но, на самом деле, ничего не потеряно: если количество замечаний превышает допустимое, назначается фокусный аудит в течение 90 дней.

Как относятся к аккредитации сотрудники

Согласно теории «resistancetochange» (сопротивление к изменениям), по восприятию нововведений люди делятся на пять категорий.

1. «Инноваторы» – это 5% коллектива, которые рады внедрять новые идеи.

2. «Ранние исполнители» – около 10% коллектива. Они очень важны при внедрении нововведений, потому что уважаемы в коллективе и имеют хорошие взаимоотношения с другими коллегами.

3. «Раннее большинство» – 35% коллектива, которые поддержат нововведение, если будут уверены, что оно окажется успешным. В этой группе всегда есть влиятельные работники – лидеры в коллективе.

4. «Позднее большинство» – 35% коллектива, консерваторы, осторожные, но аргументирующие свое сопротивление. Их можно переубедить.

5. «Сопrotивляющиеся» или «последние исполнители» – 15% коллектива, которые не примут участия во внедрении изменений, но, в конечном счете, могут исполнять нововведения.

Как внедрять инновации

Набираются рабочие группы, в которых обозначены ответственные за направления.

Утверждается детальный план мероприятий, «дорожная карта» или диаграмма Ганта (регулярный мониторинг плана мероприятий).

Проводится обучение персонала:

– вначале внешними консультантами или на курсах профессионального обучения;

– далее внутреннее обучение (каскадный метод).

Опыт клиник Казахстана

Мы проводили обучение внешними иностранными консультантами ключевых работников на семинарах – на базе организации и с выездом за рубеж, а также командировали работников в зарубежные, аккредитованные JCI клиники.

В АО «Национальный медицинский холдинг» (НМХ) проводилось внутреннее обучение работников требованиям стандартов JCI каскадным методом.

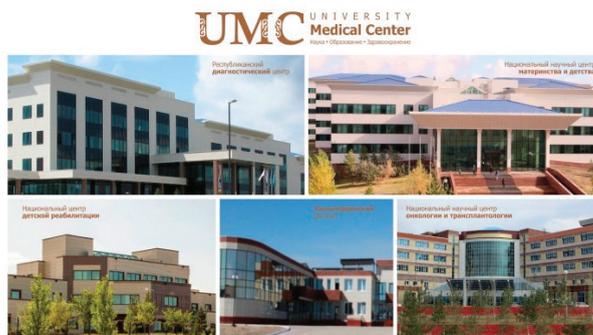
Усилили кадровый состав отдела менеджмента качества и безопасности пациента, приняли на работу сотрудников, свободно владеющих английским языком, для контакта с головным офисом JCI и подачи заявки на аккредитацию.

В процессе подготовки к аккредитации проводили первичную и тестовую оценки организации на предмет выполнения стандартов, внутренние аудиты, в том числе трейсеры. Планировали дополнительные бюджетные средства на расходы, связанные с внедрением инноваций, в рамках стандартов JCI. Разработали внутренние нормативные документы, усиливали мотивацию персонала премиями или доплатами.

Благодаря этой работе АО «Национальный медицинский холдинг» получило положительные результаты:

– повысилась сплоченность коллектива, укрепился корпоративный дух;

– удалось решить некоторые «старые» проблемы;



– коллектив испытывал гордость, внедряя инновации, – аккредитация JCI проводилась впервые в стране.

Но были и неприятные результаты: некоторые сотрудники не понимали смысла стандартов, обнаружились сложнейшие проблемы; сотрудникам пришлось внеурочно работать, они испытывали стресс.

Это не удивительно, ведь во время подготовки к аккредитации мы внедрили более 350 стандартов в составе 16 глав, более 1200 оцениваемых элементов.

Мы исполнили:

1. Требования к участию в аккредитации.
2. Пациентоориентированные стандарты.
3. Стандарты управления медицинской организацией.
4. Стандарты академических клинических центров.

В 6-м издании Книги стандартов JCI мы работали с главами:

- 1-8 – пациентоориентированные стандарты;
- 9-14 – управленческие стандарты;
- 15-16 – стандарты для академического центра.

К примеру, пациентоориентированные стандарты включают:

- международные цели по безопасности пациента (МЦБП);
- доступность и преемственность лечения (ДПЛ);
- права пациента и семьи (ППС);
- осмотр пациента (ОП);
- оказание медицинской помощи (ОМП);
- анестезия и хирургическое лечение (АХЛ);
- менеджмент и использование медикаментов (МИМ);
- обучение пациента и семьи (ОПС).

Стандарты управления медицинской организацией следующие:

- повышение качества и безопасности пациента (КБП);
- профилактика и контроль инфекций (ПКИ);
- управление, лидерство и руководство (УЛР);
- менеджмент зданий и безопасность (МЗБ);
- квалификация и образование персонала (КОП);
- менеджмент информации (МИ).

Стандарты для академического центра – медицинское профессиональное обучение, программа исследования человека.

Среди стандартов JCI наиболее трудоемкими стали:

- очистка вентиляционной системы + замена фильтров;
- гигиена рук: дозаторы, гель-антисептик;
- пожарная безопасность;
- медицинские карты и формы;
- тележка/чемодан неотложной помощи (ИМН, ЛС, дефибриллятор, кислород) + обучение оказанию неотложной помощи;
- наличие и поддержание альтернативных источников воды, электроснабжения.

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ВНЕШНИХ И ВНУТРЕННИХ ФАКТОРОВ НА КАЧЕСТВО И БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

А. А. Донгак, М. Т. Ондар, И. К. Ооржак
ГБУЗ РТ «Республиканская детская больница», Кызыл

ГБУЗ РТ «Республиканская детская больница» – многопрофильная медицинская организация, оказывающая медицинскую помощь детям Республики Тыва численностью 113 170 человек (от 0 до 18 лет), в том числе в Кызыле – 44 888 человек.

Больница расположена в шести разбросанных зданиях, где размещены пять стационарных отделений на 210 круглосуточных коек, дневной стационар на 19 коек, три детских поликлиники и консультативно-диагностический центр на 1200 посещений, отделение лучевой диагностики, клинично-диагностическая и бактериологическая лаборатории, центр анестезиологии и реаниматологии.

Укомплектованность должностей физическими лицами – 89,8%, из них врачебных должностей – 75%, среднего медицинского персонала – 87,7%, коэффициент совместительства врачей – 1,33, среднего медицинского персонала – 1,13.

В январе 2018 года больница начала внедрять элементы системы менеджмента качества, интегрированные с Практическими рекомендациями Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации.

В ноябре 2018 года проведен внешний диагностический аудит, который определил состояние действующей в РДБ системы менеджмента качества на соответствие требованиям ГОСТ Р ИСО 9001-2015.

По несоответствиям составлен план корректирующих действий из 44 мероприятий. Из них устранено 41 несоответствие (93,2%). Устранение трех несоответствий запланировано до конца 2019 года.

Для построения СМК применен процессный подход, разработаны и задокументированы все процессы. Определены лидеры, назначены руководители процессов и направлений, созданы рабочие группы, разработаны и внедрены стандартные операционные процедуры на всех уровнях оказания медуслуг. На сегодняшний день имеется 286 СОП, из них алгоритмов – 98, блок-схем – 8, чек-листов – 180.

В качестве критериев эффективности взяты критерии, установленные федеральным и региональным органами управления здравоохранения, а также собственные результаты за предыдущий период.

Негативные показатели работы коек:

- снижение занятости с 290 в 2016 году до 253 в 2018 году;
- оборота койки с 29 в 2016 году до 24 в 2018 году;
- рост среднего койко-дня с 9,9% в 2016 году до 10,5% в 2018 году.

Ухудшение показателей обусловлено снижением плановых объемов специализированной стационарной медицинской помощи в связи с передачей части этих объемов детским отделениям ЦРБ. Объемы утверждены в Программе государственных гарантий.

Как следствие в 2018 году зарегистрированы отказы в госпитализации для стационарного обследования и лечения 2523 детям.

По всем процессам установлено 65 критериев эффективности, из них 73,8% критериев, на которые может повлиять РДБ, а 26,2% зависят от факторов внешней среды.

Среди факторов внешней среды значительное влияние имеют социальные и экономические факторы. В Республике Тыва рождаемость

составляет 20,4 промилле против 11,5 в РФ, доля детского населения 36% (РФ – 20%), а также доля населения с денежными доходами ниже величины прожиточного минимума 40,5%.

Экономические факторы не позволяют планировать и приобретать высокотехнологичное медицинское оборудование и технику стоимостью свыше 100 тыс. рублей. Сокращение объемов медицинских услуг на 2019 год на 4% и возможное сокращение объемов в последующие годы повлияет на экономическую стабильность работы РДБ, как и отсутствие в ФОМС статей расходов на организацию качества и безопасности медицинской деятельности, проведение технического обслуживания и ремонта оборудования, капитальный ремонт помещений и восстановление лифтового оборудования.

Негативное влияние имеет неопределенность в политических и правовых вопросах в связи с предстоящими выборами депутатов в Верховный Хурал. Как следствие возможны кадровые перестановки в правительстве, влияние СМИ и социальных сетей, принятие законов о защите прав пациента и медицинских работников.

Следует планировать необходимость внедрения новых технологий, аппаратуры и медицинской техники, лекарств и замены морально устаревших лечебных и диагностических ресурсов.

К экологическим факторам следует отнести резко континентальный климат, расположение в черте города множества котельных и частного жилого сектора, высокую степень задымленности и загазованности (автотранспорт).

Но благодаря внедрению СМК, интегрированной с Практическими рекомендациями Росздравнадзора и элементами бережливого производства, устранению внутренних факторов, влияющих негативно на деятельность ГБУЗ РТ «Республиканская детская больница», удалось достигнуть обеспечения качества и безопасности медицинских услуг.

Мониторинг удовлетворенности качеством медицинских услуг в детских поликлиниках показал, что доля удовлетворенных возросла с 57% в 2016 году до 87% в первом полугодии 2019 года; удовлетворенность результатами лечения в стационарных условиях возросла с 90% в 2016 году до 98% в первом полугодии 2019 года.

Внутренние аудиторы обеспечивают состояние внедрения СМК в деятельность медицинской организации, определяют пути их улучшения и устранения негативных внутренних факторов.

Дальнейшее развитие информационных технологий в РДБ позволит усилить контроль качества и безопасности ЛС и медицинских услуг, снизить вероятность врачебных ошибок, обеспечить свободный доступ к жизненно важной информации о пациенте независимо от места его проживания в пределах республики. Развитие IT-технологий обеспечит синхронное решение диагностических, лечебных, управленческих, финансовых, статистических и прочих задач, сокращение времени ожидания пациентом медицинской помощи за счет реализации системы управления маршрутизацией и потоками.

Дополнительно к существующим программам будет внедрен Централизованный архив медицинских изображений.

За время внедрения СМК были улучшены экономические показатели: план выполнения территориальной программы государственных гарантий составил 97%, что выше на 10% по сравнению с предыдущими годами. Доля финансовых санкций снизилась в два раза.

Больница в августе 2019 года успешно прошла сертификационный аудит и первой среди организаций в республике, в том числе медицинских, получила сертификат ГОСТ Р ИСО 9001-2015.

Для повышения экономической устойчивости и эффективного управления финансами запланированы оптимизация коечного фонда, увеличение доли коек дневного пребывания и повышение объемов стационарных медицинских услуг путем передачи объемов специализированных стационарных видов медицинских услуг из ЦРБ в ГБУЗ РТ «Республиканская детская больница» в Программе государственных гарантий.

Планируется обеспечение выполнения плана Программы государственных гарантий в полном объеме с одновременным снижением штрафных санкций, увеличение доходов по оказанию платных услуг, освоение высокотехнологичной медицинской помощи, организация системы контроля за рациональным использованием ресурсов (коммунальные услуги, персонифицированный учет лекарственных средств и ИМН на пациента, расходов на текущее содержание больницы).

ГБУЗ РТ «Республиканская детская больница» внедрила систему менеджмента качества, интегрированную с Практическими рекомендациями Росздравнадзора в интересах пациентов, и проводит ежедневную работу по непрерывному улучшению качества и безопасности медицинских услуг.

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА

*О. Д. Куулар
ГБУЗ Республики Тыва
«Республиканская больница № 1»
Кызыл*

Республиканская больница № 1 основана в 1930 году. Это самое крупное многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение Республики Тыва, оказывающее специализированную помощь в стационарных и амбулаторных условиях населению республики.

Ежегодно в стационаре больницы получают специализированное лечение около 18 тысяч человек, в консультативно-диагностической поликлинике обслуживается до 140 тысяч пациентов в год, осуществляется прием по 19 специальностям, на 700 посещений в смену.

В ГБУЗ РТ «РБ № 1» работает 1315 сотрудников (из них врачей 233 и со средним медицинским образованием 561 человек), в том числе один доктор медицинских наук и 15 кандидатов медицинских наук.

Руководитель Росздравнадзора России Михаил Мурашко в ходе однодневного визита в Туву в июне 2017 года рекомендовал Министерству здравоохранения республики внедрение системы управления качеством в медицинских организациях с целью обеспечения повышения качества и безопасности медицинской помощи.

В ноябре 2018 года создан отдел системы менеджмента качества, куда приняты специалисты с немедицинским образованием.

Изучение опыта внедрения системы менеджмента качества в других больницах России началось со страниц журналов «Заместитель главного врача» и «Главная медицинская сестра».

После посещения в 2018 году конференции в Красноярске и ознакомления с опытом внедрения системы менеджмента качества в Красноярской краевой клинической больнице руководством больницы принято решение о внедрении практических рекомендаций Росздравнадзора и сотрудничестве с центром компетенции ККБ. В качестве консультантов выступили директор учебного центра «Toyota Engineering Corporation» Сергей Дранишников и начальник отдела СМК ККБ Надежда Николаева.

Практические рекомендации Росздравнадзора сформированы в план и мониторинг выполнения работ по внедрению, в котором

определили алгоритмы и порядки, которые необходимо разработать, назначили сроки и ответственных лиц за разработку и дальнейшее обучение. Затем были определены позиции, по которым заведующие должны обеспечивать выполнение требований сотрудниками подразделений. Также в плане определены ответственные за проведение мониторинга и аудита выполнения требований. Используя критерии качества из плана, сформированы чек-листы для заместителей главного врача по медицинской части и главной сестры. Кроме этого, на основе практических рекомендаций разработана анкета для пациентов по оценке выполнения требований Росздравнадзора.

При разработке алгоритмов и порядков за основу взяты документы Красноярской краевой и других больниц, скорректированные под местные условия. Первым самостоятельно разработанным стандартом учреждения является «Порядок выявления, учета, регистрации и проведения эпидемиологического расследования инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП)».

После разработки документов проводятся тренинги и обучение персонала, в том числе с помощью системы TWI – обучение на рабочем месте.

Больница в настоящее время находится на наиболее сложном и трудоемком, втором, этапе внедрения СМК – разработки и внедрения документации, изменения качества работы сотрудников, – после которого запланировано проведение внутреннего аудита.

Когда корректирующие мероприятия будут завершены, больница планирует подать заявку на прохождение сертификации по стандарту Росздравнадзора.

В результате начатых мероприятий у сотрудников больницы, начиная от высшего руководства и заканчивая санитарками, появилось понимание необходимости улучшения качества медицинской деятельности, соблюдения главного принципа политики качества – пациентоориентированности.

ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

*М. Ю. Маслова, А. В. Иванова, М. В. Лавыгина, С. А. Артюхова, И. А. Мельхер
КГБУЗ «Красноярская городская детская больница № 8»*

В 2019 году КГБУЗ КГДБ № 8 вошла в число учреждений, участвующих в пилотном проекте по разработке клинических рекомендаций Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

С марта по июль 2019 года рабочей группой КГБУЗ КГДБ № 8 при участии центра компетенции ККБ разработан стандарт «Порядок оказания медицинской помощи детям в условиях дневного стационара».

Стандарт регламентирует работу врачей по направлению пациентов на лечение в дневной стационар и непосредственно порядок оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара.

12 июля 2019 года СТУ утвержден приказом главного врача и 25 июля введен в действие.

Общие положения

Показание для госпитализации — наличие у пациента заболевания, включенного в клинико-статистическую группу ДС КГБУЗ «КГДБ № 8» согласно плану на календарный год ТФОМС Красноярского края.

Сроки лечения определяются тяжестью заболевания и эффективностью лечения, потребностью во врачебном наблюдении.

Возраст направляемых детей — с 1 месяца до 17 лет.

Общие показания к госпитализации в ДС

— больные, требующие использования ЛС, после применения которых должно осуществляться наблюдение на протяжении определенного срока в связи с возможными неблагоприятными реакциями;

— нуждающиеся в комплексном лечении с использованием физиотерапии, ЛФК, после которых необходим отдых;

— лица, нуждающиеся в контролируемом лечении и наблюдении (подростки).

Показания для направления в ДС КГБУЗ «КГДБ № 8»

Дерматозы: атопический дерматит, неуточненный контактный дерматит, псориаз, аллергическая крапивница.

Респираторные инфекции верхних дыхательных путей: ОРВИ, острый синусит.

Болезни нервной системы: последствия воспалительных болезней ЦНС, головная боль напряжения, ДЦП, синдром двигательных

нарушений, наследственные нервно-мышечные заболевания, гипертензионно-гидроцефальный синдром, энцефалопатия неуточненная, нарушение сна.

Болезни и травмы позвоночника: сколиоз, кривошея, шейно-черепной синдром, последствия внутричерепной травмы.

Болезни уха, горла, носа: болезни миндалин и аденоидов, хронический аденоидит и отит.

Болезни органов пищеварения: синдром раздраженного кишечника, запор.

Болезни органов дыхания: острый бронхит, пневмония, бронхиальная астма и аллергический ринит в период ремиссии.

Болезни опорно-двигательного аппарата: варусная или вальгусная деформация конечностей, контрактуры суставов.

Общие противопоказания для госпитализации в ДС КГБУЗ «КГДБ № 8»

— пациенты, нуждающиеся в круглосуточном врачебном наблюдении и требующие постельного режима;

— хронические заболевания в стадии выраженного обострения или осложненные гнойными процессами;

— заболевания в острой стадии, в том числе острые инфекционные болезни до окончания периода изоляции;

— все заболевания в стадии декомпенсации;

— туберкулез любой локализации;

— бактерионосительство, паразитарные заболевания;

— злокачественные новообразования;

— психические заболевания, наркомания, токсикомания;

— все болезни крови в острой стадии и стадии обострения;

— кровотечения невыясненной этиологии;

— лихорадочное состояние;

— истощение организма;

— индивидуальная непереносимость электрического тока;

— недавно проведенная вакцинация (до четырех недель).

Перечень документов для плановой госпитализации в ДС КГБУЗ «КГДБ № 8»

Направление в стационар (форма № 057/у-04) или выписка из истории развития ребенка (заполненная врачом-неврологом, травматологом-ортопедом или участковым педиатром при наличии заключения специалиста по профилю патологии) с указанием результатов осмотра, проводившегося лечения и дополнительного обследования, перенесенных заболеваний, заверенная подписью заведующего поликлиникой/отделением и печатью медицинской организации;

Справка от педиатра/фельдшера доврачебного кабинета об отсутствии контактов с инфекционными больными по месту жительства и детскому учреждению в течение 21 дня, предшествующих госпитализации, о дате и результатах осмотра на педикулез и чесотку.

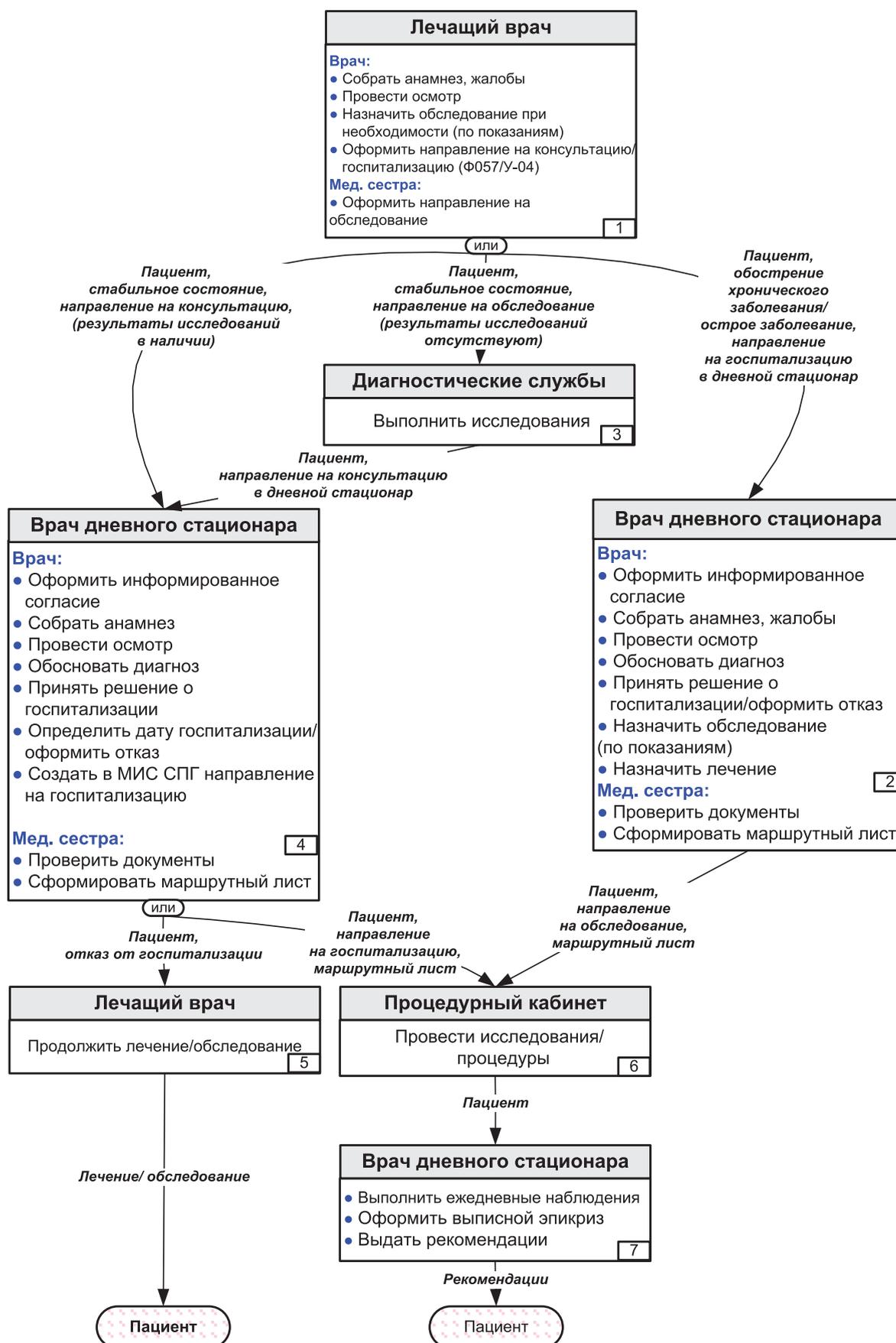
Сведения о профилактических прививках (заверенная копия ф. № 063/у).

Справка «ПК»

В структуру КГБУЗ «КГДБ № 8» входят четыре дневных стационара на 135 коек педиатрического профиля. Территориально дневные стационары располагаются в поликлиниках № 2 и 3, в круглосуточном стационаре и консультативно-диагностическом отделении.

Согласно протоколу заседания комиссии по разработке территориальной программы ОМС КК на 2019 год, утверждены объемы обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара в количестве 2 725 госпитализаций.

Порядок оказания медицинской помощи детям в условиях дневного стационара



Страховой медицинский полис ОМС.
Свидетельство о рождении (паспорт детям старше 14 лет).
Пенсионное удостоверение (для ребенка-инвалида).
Документ, удостоверяющий личность родителя

Данные обследования

Клинический анализ крови давностью не более трех месяцев.
Общий анализ мочи давностью не более трех месяцев.

Дополнительно

По направлению врача травматолога-ортопеда:

- сколиоз, кифосколиоз прогрессирующий с болевым синдромом: рентгенография позвоночника стоя в прямой и/или боковой проекции давностью не более года;
- дисплазия тазобедренных суставов: детям до 5 месяцев – УЗИ тазобедренных суставов; старше 5 месяцев – R-графия тазобедренных суставов в прямой проекции;
- врожденная мышечная кривошея: УЗИ грудинно-ключично-сосцевидной мышцы;
- остеохондропатия: R-графия места поражения.
- пациенты, с болями в суставах: после R-обследования, исключения ревматизма и консультации кардиоревматолога.

По направлению врача-невролога:

- при наличии головных болей, предположительно нейрогенного характера: контроль АД в течение двух недель, осмотр глазного дна (давность не более 6 месяцев), доплерография по показаниям;
- при синдроме ВСД: ЭХО-ЭГ, ЭКГ, контроль АД 7 дней (утро, вечер), консультация кардиоревматолога, осмотр глазного дна;
- при гипертензионно-гидроцефальном синдроме, энцефалопатии: доплерография сосудов (до 1 года – нейросонография), осмотр глазного дна, по показаниям консультация нейрохирурга, МРТ (КТ);
- ДЦП – ЭЭГ, осмотр глазного дна окулистом. Наследственные нервно-мышечные заболевания – электронейромиография, б/х анализ крови, консультация врача-генетика;
- синдром двигательных нарушений – НСГ, осмотр окулистом;
- нарушение сна – ЭЭГ по показаниям, осмотр окулистом.

По направлению врача-педиатра при:

- заболеваниях желудочно-кишечного тракта: УЗИ внутренних органов и копрология по показаниям;
- заболеваниях органов дыхания и ЛОР-органов: консультация ЛОР-врача и сурдолога по показаниям.

Критерии окончания лечения – клиническое выздоровление или улучшение, окончание курса восстановительной терапии.

Описание процессов

Порядок оказания медицинской помощи детям в условиях дневного стационара КГБУЗ «КГДБ № 8» представлен в виде схемы и текстового описания к ней.

Медицинский отбор и направление больных, нуждающихся в медицинской помощи в условиях ДС, осуществляет:

- врач травматолог-ортопед территориальной поликлиники;
- врач-невролог территориальной поликлиники;
- врач-дерматовенеролог территориальной поликлиники;
- участковый педиатр – пациентов с соматической патологией (заболевания респираторного тракта, кожи, органов пищеварения и ЛОР-органов) и/или на основании заключения невролога, ортопеда, дерматовенеролога о необходимости в получении МП в условиях ДС.

1. Врач, осуществляющий отбор для плановой госпитализации в ДС, проводит осмотр, собирает анамнез, оценивает результаты проведенного обследования и консультаций врачей-специалистов. При отборе руководствуется перечнем заболеваний, включенных в КСГ для ДС согласно действующему ГТС ТФОМС Красноярского края.

Далее он принимает решение о госпитализации в ДС. Возможны варианты решения в зависимости от состояния пациента:

- ухудшение состояния пациента связано с выраженным обострением хронического заболевания, острыми проявлениями аллергического дерматита, крапивницы, острым заболеванием ЛОР-органов и органов дыхания. Пациенту оформляется в МИС СПГ направление на госпитализацию и выдается памятка с перечнем документов. Пациент направляется на госпитализацию в приемный покой ДС;
- состояние пациента стабильное, проявления заболевания легкой или средней степени тяжести, есть результаты лабораторного обследования давностью не более трех месяцев. В МИС СПГ оформляется направление на консультацию в ДС для госпитализации (выбирает стационар, профиль, конкретную дату и время планируемой консультации). Распечатывается направление и выдается вместе с памяткой;
- состояния пациента стабильное, проявления заболевания легкой или средней степени тяжести, лабораторное обследование не проводилось. Пациенту назначаются клинический анализ крови, общий анализ мочи согласно рекомендуемому перечню исследований, необходимых для госпитализации в ДС. В МИС СПГ оформляется направление на консультацию в ДС для госпитализации (выбирает стационар, профиль, конкретную дату и время планируемой консультации), распечатывается и выдается пациенту вместе с памяткой.

Медицинская сестра оформляет направление и записывает пациента в МИС QMS на обследования.

2. Пациент с выраженным обострением хронического заболевания или острыми проявлениями заболевания, получив направление, обращается в приемный покой ДС в рабочие дни с 9 до 11 часов. Необходимый объем обследования проводится в условиях ДС.

3. Врач ДС:

- получает и оформляет добровольное информированное согласие пациента на медицинское вмешательство;
- проводит опрос (жалобы, анамнез) и осмотр пациента;
- обосновывает и формирует клинический диагноз;
- принимает решение о госпитализации в соответствии с утвержденными объемами плановой помощи для ДС и КСГ;
- определяет объем лечебных мероприятий на основе стандартов и клинических рекомендаций по профилю патологии.

Медицинская сестра дневного стационара:

- в журнале приемного покоя и в МИС СПГ отмечает явку на госпитализацию; в случае отказа в госпитализации указывает причину;
- проверяет наличие необходимых документов и результатов проведенных исследований согласно утвержденному перечню;
- формирует маршрутный лист пациента (номер кабинета, день, время процедуры, очередность выполнения процедур в течение дня);
- знакомит пациента с порядком оказания МП в условиях ДС.

4. Пациент проходит обследование в амбулаторных условиях. После обследования обращается в ДС для госпитализации.

5. Врач ДС на консультативном приеме:

- получает и оформляет добровольное информированное согласие пациента на медицинское вмешательство;
- проводит опрос (жалобы, анамнез) и осмотр пациента;
- оценивает результаты проведенного обследования;
- обосновывает и формирует клинический диагноз;
- определяет объем лечебных мероприятий на основе стандартов и клинических рекомендаций по профилю патологии;
- принимает решение о госпитализации в соответствии с утвержденными объемами плановой помощи для ДС с учетом КСГ или об отказе в госпитализации;
- определяет дату начала лечения в ДС;
- создает в МИС СПГ направление на госпитализацию.

Отказ от госпитализации возможен, если:

- профиль заболевания не соответствует условиям госпитализации согласно КСГ;
- тяжесть состояния требует лечения в круглосуточном стационаре;
- отягощен эпиданамнез пациента;
- отказ пациента или его законного представителя.

Врач дневного стационара разъясняет пациенту последствия отказа, оформляет в установленном порядке отказ от госпитализации, дает рекомендации по дальнейшему наблюдению у лечащего врача.

Медицинская сестра ДС:

- готовит документы пациента на консультативный прием врача ДС (проверяет наличие и распечатывает из МИС QMS результаты проведенных исследований согласно утвержденному перечню);
- на основании назначений врача формирует маршрутный лист пациента (номер кабинета, день, время проведения процедуры, очередность выполнения процедур в течение дня);
- знакомит пациента с порядком оказания медицинской помощи в условиях ДС и правилами внутреннего распорядка;

– в журнале приемного покоя и в МИС СПГ отмечает явку пациента на консультацию (госпитализацию); в случае отказа в госпитализации указывает причину.

6. Если пациент получил отказ от госпитализации, он возвращается к лечащему врачу и продолжает лечение в амбулаторных условиях.

7. Проведение лечебных процедур.

Пациент обращается в ДС стационар в назначенный день на лечение (процедуры) согласно полученному маршрутному листу. Ежедневно получает лечебные процедуры и осматривается врачом ДС.

8. Врач ДС ежедневно осматривает пациента и оценивает его состояние, при необходимости корректирует лечение.

По окончании курса лечения:

- знакомит пациента (законного представителя несовершеннолетнего) с результатами проведенного лечения и оценкой его эффективности, выдает рекомендации по дальнейшему лечению и наблюдению у лечащего врача;
- в МИС QMS оформляет выписной эпикриз с указанием клинического диагноза, данных обследования, результатов проведенного лечения и рекомендаций по дальнейшему лечению, обследованию и наблюдению;
- выписной эпикриз распечатывается, подписывается лечащим врачом, заведующим ДС и заверяется печатью медицинской организации, на которой идентифицируется полное наименование медицинской организации;
- выписной эпикриз выдается на руки пациенту (его законному представителю) в день выписки из ДС. Выписной эпикриз отображается в электронной медицинской карте пациента и доступен для ознакомления лечащему врачу.

Оценка рисков

Возможный прецедент	Риски		Ранг
	Вероятность	Влияние	
Неправильное определение показаний для госпитализации	4	4	16
Нарушение идентификации пациентов	3	5	15
Нарушение эпидемиологической безопасности	3	4	12
Некорректное ведение медицинской документации	4	3	12
Некорректные назначения лекарственных препаратов (выбор ЛП, дозы, пути введения, времени введения, совместимости и т.д.)	3	3	9
Нарушение технологии проведения диагностических исследований/ процедур	2	4	8
Некорректное назначение диагностических исследований	3	2	6
Дублирование, повторное проведение исследований	2	3	6
Риск осложнений вследствие неполно собранного анамнеза	2	2	4

Показатели процесса

№	Показатели	Ед. изм.	Периодичность	Нормативное значение	Способ сбора информации	Отв. за показатель
1	Срок ожидания плановой госпитализации	День	Ежедневно	Не более 30 дней	Программа ЕИР	Заместитель гл. врача по медицинской части
2	Количество случаев превышения срока ожидания плановой госпитализации	Количество случаев	Ежедневно	0	Программа ЕИР	Заместитель гл. врача по медицинской части

ИНФЕКЦИИ ОБЛАСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА: ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ, ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, СТРАТЕГИИ ПРОФИЛАКТИКИ

А. С. Благоданова,
 профессор кафедры эпидемиологии,
 микробиологии и доказательной медицины
 ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет»

Предотвращение осложнений после операции Николай Иванович Пирогов называл «хирургическим счастьем» и подчеркивал, что профилактика нагноений не менее важна, чем собственно искусство хирурга.

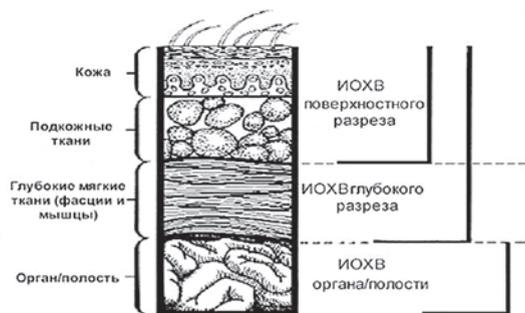
Хирургическая помощь в мире и РФ

Ежегодно только в США проводится более 80 миллионов хирургических процедур – в стационарах около 50 миллионов и более 30 – в амбулаторных условиях.

С 2006 по 2009 год в США около 2% хирургических манипуляций (это 1 млн 600 тыс.) осложнено инфекциями области хирургического вмешательства.

Эти инфекции (далее ИОХВ) – бремя хирургии во всех странах мира, в том числе в государствах с самым передовым здравоохранением. Они удлиняют пребывание больного в стационаре почти в два раза, являются причиной 75% послеоперационной летальности, на 60% увеличивают вероятность госпитализации в реанимационное отделение, увеличивают вероятность повторной госпитализации в пять раз.

ИОХВ – инфекция хирургического разреза, органа или полости, возникающая в течение первых 30 дней послеоперационного периода (при наличии имплантата – до года). Последняя ИОХВ называется перипротезной. С ростом ВМП, в частности, протезирования тазобедренного, коленного и других суставов, перипротезная инфекция становится все более актуальной.



Стандартная ИОХВ должна соответствовать критериям:

- имеет связь с хирургическим вмешательством;
- не является закономерным развитием основного заболевания;
- включает только кожу и подкожную клетчатку;
- срок развития инфекции не превышает 30 дней после любого оперативного вмешательства (первым днем считается день хирургического вмешательства).

Пациент имеет, по крайней мере, один из следующих признаков:

- гнойное отделяемое из раны;
- выделение микроорганизмов из жидкости или ткани, полученной асептически из поверхностного разреза или подкожной клетчатки культуральным или другим методом;
- хирург намеренно открывает рану, при этом микробиологическое исследование не проведено.

Кроме того:

- у пациента признаки локального воспаления (боль, гиперемия, отек) с гипертермией, за исключением случаев, когда посев отделяемого раны дает отрицательный результат;
- хирург или лечащий врач поставил диагноз инфекция области хирургического вмешательства.

Статистика ИОХВ зависит от типа хирургических операций. В Европейской экономической зоне больше всего инфекций (8-10%) связано с манипуляциями на толстом кишечнике, 3-4% ИОХВ осложняют кесарево сечение, аортокоронарное шунтирование. 1,5-2% ИОХВ дают холецистэктомии, протезирование суставов.

Затраты на лечение ИОХВ

Они очень велики: стоимость лечения одного случая ИОХВ в зависимости от хирургического вмешательства и тяжести оценивается от 10 тыс. до 2 млн рублей.

Стоимость особенно растет, если ИОХВ развивается после высокотехнологичных операций. Например, по данным Findeisen соавторами, исследовавшим в 2018 году 983 кардиохирургических пациентов, у 126 из них выявлена ИОХВ после АКШ.

Длительность пребывания в стационаре по причине ИОХВ у этих больных выросла на $9,3 \pm 2,6$ дня.

Дополнительные расходы по причине развития ИОХВ в расчете на одного пациента составили €9444(!).

От кого и каким способом

Источниками ИОХВ в стационаре становятся:

- другие пациенты;
- медицинский персонал;
- внешняя среда;
- ухаживающие;
- посетители;
- пациент сам для себя.

ИОХВ делятся на экзогенные, эндогенные и комбинированные.

Извне инфекция поступает в организм пациента:

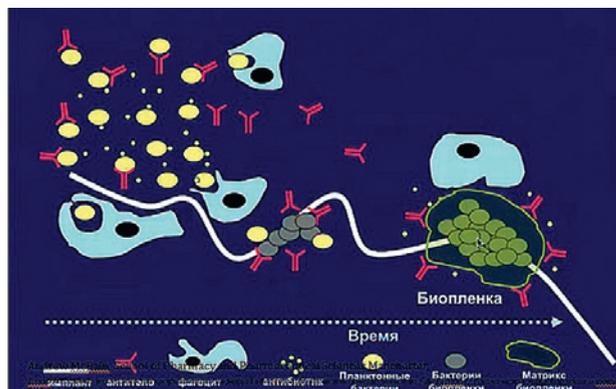
- инструментально-контактным путем через руки – 49,1%, инструменты – 2,3%, перевязочный материал – 5,2%, лекарственные средства (мази – 5%, растворы – 6,2%);
- аппаратным путем – через эндоскопы – 16,3%;

- имплантационным путем – 12,1%;
- парентеральным путем.

В спектре возбудителей ИОХВ лидирует грамм-положительная флора – стафилококки, энтеро- и стрептококки. Грамм-отрицательную флору представляют эшерихия коли, клебсиелла, протей, другие.

Около 80% инфекций может быть связано с биопленками, покрывающими шовные нити. При наличии нити для развития инфекции требуется в 10 тыс. раз меньшее количество микроорганизмов, чем в отсутствие нити.

Шовная нить буквально имплантирует бактерии в кожу и подкожную клетчатку.



Диагностика ИОХВ

Рекомендован тщательный сбор анамнеза и проведение клинического осмотра. Необходимо оценить классические клинические симптомы воспаления (ограниченная припухлость, локальная болезненность, местное повышение температуры тканей, гиперемия кожи, нарушение функции) в совокупности с синдромом системной воспалительной реакции (SIRS).

Если есть подозрение на глубокую ИОХВ, инфекцию органа (полости), правомерно использование методов лучевой диагностики.

Врач-эпидемиолог медицинской организации должен вести учет и проводить анализ ИОХВ на основе стандартных приемов эпидемиологической диагностики.

Если диагноз клинически не очевиден, пациенту необходимо выполнить исследование общего анализа крови, СРБ и прокальцитонина, рекомендована также диагностическая пункция области хирургического вмешательства. Пунктат сеют на аэробные и анаэробные среды. Предпочтение при взятии биоптатов следует отдавать жизнеспособным тканям.

Рекомендован посев из раны, органа (полости) на аэробные и анаэробные среды при подозрении на ИОХВ. Посев крови рекомендован при наличии лихорадки, остром появлении симптомов инфекции, тяжелом состоянии пациента и в случае, если имеется подозрение на сопутствующую инфекцию кровотока.

Рекомендовано взятие материала либо до начала антибиотикотерапии, либо непосредственно перед введением очередной дозы антибиотика. Материал в лабораторию надо доставлять немедленно (в течение двух часов), с обеспечением транспортировки при комнатной температуре. При предполагаемой отсрочке исследования более двух часов необходимо использовать транспортные среды.

Риски ИОХВ

Проблему ИОХВ невозможно разрешить одной мерой. Существуют три переменные, которые влияют на риск ИОХВ.

$$\frac{\text{Переменные процесса}}{\text{Переменные пациента}} \times \left(\begin{matrix} \text{Доза} \\ \text{микроорганизмов} \\ \text{(контаминация)} \end{matrix} \right) \times \left(\begin{matrix} \text{Вирулентность} \end{matrix} \right) = \text{РИСК}$$

Резистентность организма пациента

Хотя такие переменные, как вирулентность микроорганизмов и факторы риска пациента, сложно контролировать, риск возникновения ИОХВ можно уменьшить путем снижения дозы микроорганизмов, применяя доказанные в исследованиях методы.

Факторы риска развития ИОХВ

1. Предоперационные:

- длительность пребывания в стационаре перед операцией;
- неадекватная антибиотикопрофилактика;
- неадекватная подготовка кожи к операции;
- неправильная предоперационная подготовка кишечника.

2. Операционные:

- хирургическая техника выполнения операции;
- соблюдение асептики и состояние раны до конца операции;
- длительность операции;
- кровопотеря и переливание компонентов крови;
- непреднамеренная гипотермия.

3. Внутренней среды стационара:

- дефекты стерилизации медицинских инструментов и хирургического материала, дезинфекции оборудования и других элементов операционного зала;
- неадекватная вентиляция воздуха в операционной;
- назофарингеальное носительство MRSA у членов операционной бригады;
- неадекватная одежда персонала;
- большое количество наблюдателей (курсантов) в операционной.

4. Послеоперационные:

- послеоперационные процедуры и манипуляции;
- несоблюдение правил асептики при контакте с пациентом;
- порядок осуществления перевязок в одном помещении;
- наличие среди персонала носителей штаммов MRSA;
- парентеральное питание;
- уровень гликемии у больных сахарным диабетом.

Борьба с ИОХВ

На предоперационном этапе профилактика инфекций заключается в отказе пациента от курения, тщательной гигиене, удалении волос в зоне оперативного вмешательства, качественной предоперационной подготовке кишечника.

Если пациент носитель *Staphylococcus aureus*, производится санирование слизистых.

На пери- и интраоперационных этапах качественно обрабатывается операционное поле, руки хирургов, операционное белье и разрезаемые хирургические пленки.

Проводится антибиотикопрофилактика инфекций, поддерживается нормоволемия, периоперационная оксигенация, защита краев раны, промывание раны, используется шовный материал с антимикробным покрытием.



Пример бандла, позволяющего снизить количество ИОХВ

Необходимо соблюдать требования к операционной – она должна быть зонирована, с ламинарными потоками воздуха, защищающими пациента и предотвращающими инфицирование инструментов. Благодаря специальному ламинарному потолку, обеспечивается стерильность воздушного потока над операционным столом.

На послеоперационном этапе при наличии дренажей проводится антибиотикопрофилактика и даются рекомендации по срокам удаления дренажей.

В качестве профилактики имплантат-ассоциированной инфекции при стоматологических процедурах (а также у пациентов с тотальными эндопротезами суставов, протезированными клапанами сердца) применяются вакуумные системы для ведения послеоперационных ран.

Естественно, проводится тщательная дезинфекция всех поверхностей, обработка изделий и инструментов.

Организация «Глобальный альянс по борьбе с инфекциями в хирургии» составила бандл (bundle) для профилактики ИОХВ.

Википедия говорит нам, что бандл (от английского охапка, вязанка, пакет) – это комплект, состоящий из нескольких товаров, продаваемых как единое целое. Особенно распространены бандлы в игровой индустрии. Хирургическое вмешательство – не игра, но все же теперь врачи владеют «джентльменским набором» жестких правил профилактики ИОХВ.

Подчеркивается, что для каждого хирургического профиля бандлы могут быть отдельные.

Например, перед гинекологическими операциями это – душ с хлоргексидином + антибиотикопрофилактика + гликемический контроль + нормотермия + отдельный лоток закрытия.

Внедрение бандла привело к снижению общего уровня заболеваемости ИОХВ на 55% и поверхностных ИОХВ на 54%(!).

Бандл для операций на толстом кишечнике выглядит так: антисептический душ + механическая подготовка кишечника + антибиотикопрофилактика + подготовка кожи с помощью 2% хлоргексидина и 70% изопропилового спирта + стрижка волос.

После внедрения бандла снизились инфекции с 16 до 5%.

Ежегодно в Российской Федерации 120 тысяч человек страдают инфекциями области хирургического вмешательства.

Несмотря на планирование проведения диагностических и лечебных мероприятий пациентам при ИОХВ, помощь носит неотложный характер. Отсрочка начала лечения приводит к снижению показателей эффективности лечения у этих пациентов и утяжеляет прогноз на успешное купирование инфекции у конкретного больного.

В ряде случаев при генерализации инфекционного процесса задержка в лечении может приводить к летальному исходу, поэтому ИОХВ требуют пристального внимания на всех этапах – профилактики, диагностики и особенно при развернутой клинической картине.

Математическая модель ИОХВ



СУП – РЕЦЕПТ ОТ ККБ, или КАК МЫ ВЫСТРАИВАЕМ СЛУЖБУ УПРАВЛЕНИЯ ПЕРСОНАЛОМ

Е. В. Михайлова

КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Мы создаем службу управления персоналом (СУП) на протяжении уже двух лет – одновременно с выстраиванием процессов системы управления качеством и отладкой процессов кадрового администрирования.

Строить что-либо с нуля – особенный вызов. Причем не только для руководителей – для сотрудников это стресс в еще большей степени. В нашем случае 77-летняя история больницы, конечно, гордость, но вместе с тем 77-летний клубок неписанных правил, привычек, которые и рожают издержки, потерю времени и других ресурсов.

В докладе я расскажу об ингредиентах, без которых СУП – не СУП, и об ошибках начинающих поваров.

Два пути выстраивания процессов по управлению персоналом

Определить проблемы и устранять их (ведь мы не сможем есть наваристый суп из свинины при гастрите).

Для этого определили:

- какова стратегия учреждения;
- стратегические цели на будущий период (3-5 лет);
- почему именно сейчас возникла потребность в СУП как функции;
- зачем нам это нужно;
- какие именно функции необходимы сейчас, а какие станут необходимы через 1-3 года.

Ответы на эти вопросы помогли понять потребности и расставить приоритеты.

При создании службы управления персоналом сформировался пул задач, которые невозможно было выполнять одновременно, только последовательно. Так, вместе с руководителями подразделений и старшими медсестрами мы разработали соответствующие должностям модели управленческих компетенций и занялись обучением персонала навыкам общения, управления конфликтами, командообразованию.

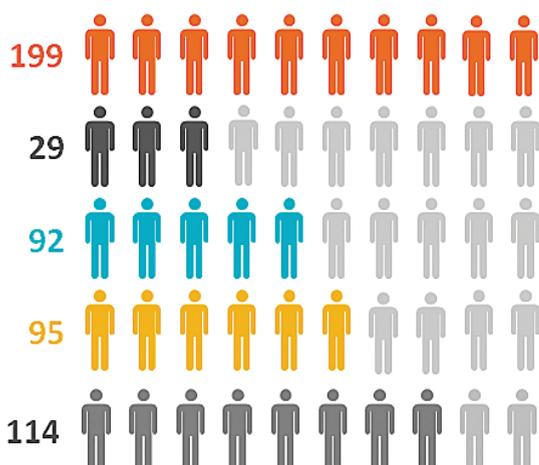
Для разнообразия форматов, например, обучение мы связали с любимым праздником – теперь мы отмечаем День медицинского работника в формате фестиваля «Саморазвитие». Это погружение в практики личного роста, психологию, управленческие тренинги, коучинг, переговоры, самомотивацию.

Также в части непрерывного обучения нам очень помог принятый в Красноярском крае закон «О единовременных выплатах медицинским работникам на стажировку за рубежом», благодаря которому наши специалисты в составе трех мультидисциплинарных команд (11 человек) проучились в ведущих клиниках Германии, привезли методики и активно их внедряют. В этом году еще четыре команды и 14 человек пройдут двухмесячную стажировку за пределами РФ.

Все это – только часть программы по привлечению, подготовке и сохранению лучших специалистов по всем направлениям. Это и было нашим стратегическим направлением, в результате которого процент укомплектованности увеличился до 75%. В 2016-2017 годах укомплектованность составляла 72%. При коэффициенте совместительства 1,3 (тоже в сравнении с 2016-2017 гг.). Текучесть остановилась на уровне 14% – это не принимая во внимание студентов и другие факторы естественной текучести.

ВНУТРИКОРПОРАТИВНОЕ ОБУЧЕНИЕ

Сотрудники прошли внутрикорпоративное обучение по 24 направлениям, в том числе обучение навыкам межличностного общения



- «Милосердие. Общение с пациентами и их родственниками»
- «Интеграция миссии и ценностей ККБ»
- «Возникновение и эскалация конфликтов»
- «Навыки управления»
- «Разработка модели управленческих компетенций»

ЗАРУБЕЖНЫЕ СТАЖИРОВКИ

- 25 СОТРУДНИКОВ
- 7 МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫХ КОМАНД

- нейрохирургия
- рентгенхирургия
- неврология
- травматология-ортопедия
- хирургическая гепатология и трансплантология
- эпидемиологическая безопасность
- эндоскопия



Второй подход, который мы пробуем применять сейчас, в новой редакции стратегии, – ориентир на лучшие практики в сфере управления персоналом бизнес-среды, где просчитывается экономический эффект и обоснование той или иной функции.

По сути, мы нашли идеальный рецепт от лучших поваров.

При создании стратегического плана развития кадрового потенциала учреждения важно держать фокус внимания не только на стратегических целях организации, но и на пути сотрудника (схема 1): от знакомства с учреждением еще до трудоустройства, потом наем и адаптация, обучение и развитие, оценка и вознаграждение, а в финале удержание и расставание.

Важно понять и прописать, какие элементы сопровождают каждый этап. И очень важно, чтобы путь сотрудника принципиально совпадал с развитием организации.



Обычно при построении системы управления персоналом начинают с рекрутинга, но, на мой взгляд, логичнее начинать с внутренних коммуникаций. Ведь все новое настораживает, люди вообще боятся неизвестного.

Любой продукт нужно «прорекламировать» сотрудникам, эффективно подать, вызвать аппетит. Эффективная система коммуникаций помогает снижать негатив и формировать необходимую корпоративную культуру. Здесь очень важно определить свою целевую аудиторию – например, в нашем учреждении соблюден возрастной баланс и есть сотрудники всех возрастов, причем в пропорционально одинаковом соотношении.

Для сотрудников до 35 лет мы ориентируемся на визуальные инструменты. В частности, для коммуникаций используем мессенджеры и корпоративный портал. Что касается старшего поколения, мы не отказываемся от информации на бумажном носителе: напоминания, уведомления, дополнительная информация распространяются через привычный для них Оперативный отдел. Наш журнал «Первая крайвая», новые стандарты и инструкции хранятся в электронном формате, но при этом мы не отказываемся от печатных версий.

Остановлюсь на некоторых разделах (компонентах) СУПа, добавив некоторые риски, – ведь все, например, можно «пересолить».

Важнейшая функция – **поиск и подбор персонала** – организуется в несколько шагов.

Создание процесса

На этом этапе мы договорились со всеми участниками процесса о методологии, сроках и ответственности. У руководителей появилась возможность заполнить заявку на подбор в электронном виде – через портал. После оформления специалист по подбору связывается с заказчиком для уточнения, какие профессиональные и личностные качества кандидата имеют ключевое значение.

Установление каналов поиска

До тех пор пока от пассивного поиска мы не перешли к активному, в арсенале было четыре площадки (центр занятости, вузы, медицинское училище, сайт учреждения). На сегодняшний день их 10. Среди них «Сибирский медицинский портал», международные сообщества врачей, группы в Вайбере, «Работа в России», «HeadHunter».

Поток кандидатов увеличился, так называемая воронка стала шире. Для примера: если на первых этапах за четыре месяца было только два отклика на вакансию врача ультразвуковой диагностики, то после увеличения количества площадок до шести за месяц провели семь собеседований, двум кандидатам мы сделали предложение.

Ошибка начинающего повара: в четыре раза увеличился и поток кандидатов на массовые должности, так что 80% рабочего времени специалист по подбору был занят первичными собеседованиями. Мы чуть было не скатились обратно в пассивный поиск, но выходом стало проведение групповых собеседований. Объединяя в одну группу за пару дней всех желающих по одной вакансии (это человек шесть), мы бережем время, кандидаты видят конкуренцию и когда проходят собеседование успешно – это их первая победа! – мотивация к работе растет.

Подобный опыт был и в подборе специалиста по кадрам. Нужно было найти человека, у которого не возникают проблемы в общении с людьми, который успешен в коллективе, инициативен, вежлив по отношению к другим. В формате массового собеседования эти качества были проявлены у двух из пяти кандидатов. После дополнительного тестирования на знания кадрового администрирования выбор был сделан, и мы о нем не пожалели.

Создание отчетности

Рекрутинг любит цифры, и чтобы понимать, насколько работа эффективна, чтобы вовремя увидеть риски, важно иметь под рукой статистику.

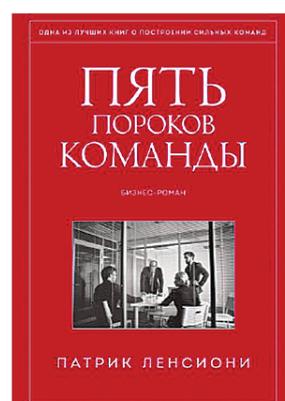
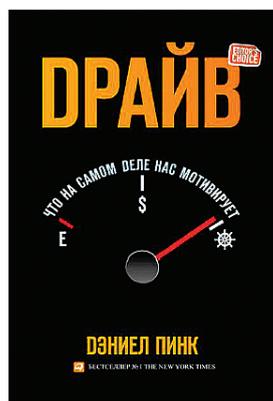
Не обязательно создавать сложные регламентированные документы, главное, чтобы общие принципы разделяли все участники. Проще говоря, первым делом необходимо выяснить потребности и договориться, какие кандидаты «наши». Чтобы разговаривать на одном языке, мы условились подбирать людей по нашим корпоративным ценностям.

Оценка профессиональных навыков – прерогатива руководителей подразделения, непосредственных руководителей. Финальное собеседование для врачебного персонала и специалистов проходит с главным врачом, где принимается окончательное решение о трудоустройстве, об испытательном сроке и назначении наставника.

Параллельно с построением системы рекрутинга необходимо строить систему адаптации.

Нужно создать единый процесс «входа» в организацию. Чтобы ознакомить новичков с корпоративной культурой, мы еще до трудо-

Дополнительная литература



устройства проводим для них велком-тренинг, где рассказываем про свою культуру, правила и обычаи, политику в области качества и безопасности. Обязателен для изучения Моральный кодекс сотрудника краевой больницы, так называемая Красная папка. Сейчас в разработке онлайн-курс новичка, чтобы сотрудник четко понимал свои задачи на ближайшее время и имел под рукой инструкции, стандарты и шаблоны необходимых для работы документов, либо их адрес хранения.

Следующая функция, **кадровое администрирование**, практически во всех учреждениях в том или ином виде есть изначально. И очень важно, кем сотрудники этой службы себя ощущают – документоведом или специалистами-коммуникаторами, ведь одно дело быть для сотрудников учреждения хранителем документов, совсем другое – роль и статус куратора и помощника.

В нашем отделе кадров мы перешли от разделения ролей по функциям (отпуск, прием, увольнение, перевод) к формированию команды универсальных специалистов. За каждым из них закрепили определенное количество подразделений. Изменен и функционал ведущих специалистов. Их двое. Теперь один из них – ответственный куратор кадрового администрирования, другой – куратор корпоративного и внешнего обучения, а также наставничества сотрудников.

При построении **системы обучения** сотрудников мы считаем правильным строить культуру, в которой принято делиться знаниями с коллегами, выстраивать каскадную стратегию обучения. Например, если кто-то посещает тренинг, то затем делится полученными знаниями с командой – допустим, на утренней пятиминутке или общебольничной планерке.

Не обошлось и без просчетов.

В этом году мы запустили программу дистанционного обучения, для того чтобы развивать персонал без отрыва от производства, оперативно проводить тестирование и, конечно, сэкономить бюджет. Так у нас появилось шесть программ обучения.

1. Гигиена рук.
2. Вопросы иммуногематологии.
3. qMS для медицинских сестер.
4. Показания к переливанию компонентов крови.
5. Санитарно-эпидемиологический режим на пищеблоке.
6. Электронно-цифровая подпись.

При внедрении этих программ мы предполагали, что сотрудники с радостью примут удобный инструмент – онлайн-обучение, которое можно проходить в удобное время, в удобном месте. Но сотрудники начали искать способы обойти программу.

Тогда мы поняли, чего не хватает:

- интереса к обучающим материалам. Принято решение добавить элементы соревновательности – рейтинг;
- рекламной кампании для популяризации инструмента;
- потребности: обучение полезное (для обеспечения безопасности медицинской помощи), но не востребовано. Почему? Выяснилось, что руководитель подразделения не требует выполнения либо не знает, что есть такое требование. Принято решение включить в критерии оценки эффективности работы заведующего пункт «Прохождение сотрудниками обучения»;
- еще не хватает обратной связи.

Портрет лидера

На мой взгляд, чтобы успешно строить службу управления персоналом, важно вдохновлять команду, но при этом выстраивать структуру, упорядочивать, управлять хаосом.

Безусловно, нужно развивать стратегическое видение, четко понимать, какой результат учреждению принесет создание службы.

И ключевой фактор – сильная мотивация, ведь создание службы управления персоналом – это не только методология, но и эмоциональное напряжение. Важно поддерживать эмоциональный, интеллектуальный и физический ресурс – свой и коллектива.

Опросник вовлеченности:



Исследование ценностного предложения:



ВЫПОЛНЕНИЕ СТАНДАРТОВ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ СЕСТРИНСКОМ УХОДЕ

С. Л. Нефедова, заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова говорит о необходимости внедрения новых технологий в деятельность среднего медицинского персонала с дифференцированным расширением его функций на разных уровнях оказания медицинской помощи.

Если оценить взаимоотношения медработник – пациент, то именно медицинская сестра стоит ближе к больному, чем доктор. По крайней мере, статистика стран с развитой системой здравоохранения не оставляет в этом сомнений. Например, в Японии количество врачей на тысячу граждан ниже, чем в России, и составляет 2,4 специалиста. В нашей стране – 4. А вот медицинских сестер в Японии на тысячу населения больше – 11,3. В России – 8,5.

Исторически в медицине сложилась жесткая иерархия и «полувоенное» подчинение медицинской сестры врачу. В какой-то мере эти позиции сохраняются и сегодня, например в хирургии, где между операционными сестрами и хирургами буквально физическое и ментальное единство.

Сестра здесь – продолжение врача.

Но все же распределение ролей при оказании медицинской помощи еще никогда не достигало такой трансформации, как в современном мире. Сегодня медицинская сестра все более самостоятельный специалист с набором важнейших функций и технологий.

Это особенно стало заметно при внедрении в медицинских организациях, в том числе в Красноярской краевой клинической больнице, системы менеджмента качества.

Во-первых, реальное качество, и особенно безопасность оказания медицинской помощи, традиционно связано с деятельностью среднего персонала. Именно медицинская сестра выхаживает больного, тесно с ним общается, поддерживает его морально, контролирует его самочувствие и вообще находится со стационарным пациентом круглые сутки.

Во-вторых, во время внедрения инноваций, иногда совершенно незнакомых российской медицине (например технологии КАНБАН), поддержка и принятие нововведений средним персоналом решало буквально все.

В краевой клинической больнице тысячная армия медсестер и медбратьев приняла новые технологии, «вжилась» в них и создала больницу совершенно нового качества.

Есть уверенность, что и в других медицинских организациях, сертифицированных по ISO-9001 и, тем более, по JCI, инновации были приняты и уверенно воплощены в жизнь средним персоналом.

Посетители ККБ, да и сами пациенты задают нам растерянные вопросы: «А почему здесь медсестры вежливые и улыбаются?».

По разным причинам, но, прежде всего, безопасность и комфортное пребывание в стационаре пациентов параллельно повышает комфорт медицинских работников, которые чувствуют свою нужность, эффективность и высокие профессиональные возможности.

Как мы совершенствовали работу медицинских сестер

Одним из первых и важнейших шагов по внедрению системы менеджмента качества стала стандартизация процессов.

На сегодня описано более 350 процессов среднего медперсонала – мытье рук, профилактика падений, обработка аппаратуры, подготовка пациента к операции и много других.

Мы ввели модель универсальной медсестры. Суть ее – в распределении персонала в отделении по нескольким постам с полной ответственностью медицинской сестры за конкретного пациента. Она готовит больного к операции, занимается профилактикой осложнений в послеоперационном периоде, проводит процедуры, решает проблемы пациента физического и психологического характера, в общем, выполняет весь объем медицинской помощи.

Главное преимущество модели универсальной сестры – повышение безопасности пациента. Проще говоря, есть специалист, с которого можно спросить за конкретного больного.

Сегодня мы не представляем себе работы без браслетов пациента. Уже четвертый год наши больные носят на запястье влагоустойчивые браслеты со штрих-кодом, информацией паспортной, принадлежностью к отделению, иногда с красной полосой (отметка об аллергии).

А порой рядом с белым браслетом находится еще один – красный, который сигнализирует о высоком риске падения.

Чек-листы по профилактике падения находятся в каждом отделении больницы.

Мы разработали документацию нового формата для медицинских сестер – это более совершенный мониторинг пациента в исто-





рии болезни – традиционной и gMS. Ведение расширенного мониторинга обеспечивает профилактику осложнений.

Система КАНБАН, суть которой – в рациональном распределении ЛС и МИ между отделениями по принципу точно и вовремя, принималась средним персоналом нелегко.

Мы ведь привыкли к загроможденным препаратам шкафам в кабинетах старших медицинских сестер. А тут вдруг запасы ЛС и МИ в отделениях снижаются на 15-20%, шкафы пустеют – и все благодаря маленькой карточке, которая регулирует пополнение ЛС, сигнализирует о скором дефиците, облегчает взаимодействие с аптекой.

Спротивление персонала было, но здесь большую позитивную роль сыграли старшие медицинские сестры. В результате больница работает по системе КАНБАН, реорганизованы преобразованные рабочие места, и медицинские сестры быстро привыкли работать в новых условиях.

Еще одно новшество в ККБ в рамках внедрения системы менеджмента качества – TWI, обучение на рабочем месте. Этим занимаются тренеры-наставники – это прообраз советских наставников.

Примечательно, что, приходя в краевую больницу, молодой специалист из числа медицинских сестер и врачей получает конкретную методическую помощь. К его услугам стандарты внешнего облика сотрудника ККБ, моральный кодекс – так называемая Красная папка, и, конечно, миссия и ценности больницы.

В заключение хочу отметить, что внедрение стандартов качества и безопасности медицинской помощи становится успешным при осознанном участии персонала.

То есть медицинская сестра должна понимать, не только «что нужно сделать» и «как нужно сделать», но и «почему нужно сделать именно так».

И в этом смысле повышение качества оказания сестринской помощи пациентам напрямую связано с качеством кадров на ключевых постах, я имею в виду старших медицинских сестер.

Необходимо крайне внимательно относиться к людям, занимающим эти должности. Здесь мало опыта, компетентности и старательности. Здесь необходима энергия, высокая мотивация, самообразование и то, что называется драйвом.

Думаю, в краевой больнице на большинстве ключевых постов находятся правильные старшие сестры. Именно поэтому нам удалось повысить качество оказываемой медицинской помощи и усовершенствовать безопасность больничной среды.



РАБОТА ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПО ПРИНЦИПАМ TRIAGE И EMERGENCY

*М. С. Суворов, Н. И. Головина,
А. В. Макаревский, Е. В. Шленская
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»*

Еще в середине XIX века великий Пирогов сказал, что сортировка раненых по срочности оказания и объему хирургической помощи и по показаниям к эвакуации – главное средство предупреждения сумятицы и неразберихи в медицинских учреждениях.

Медицинская сортировка пациентов в краевой клинической больнице производится в приемном отделении. Это чрезвычайно важный дивизион многопрофильного стационара.

При планировании нового хирургического корпуса для нас было крайне важно спроектировать отделение по международным стандартам. Именно поэтому мы взяли на вооружение принципы TRIAGE и EMERGENCY.

В новом корпусе традиционный приемный покой изменит название на «стационарное отделение скорой медицинской помощи», потому что здесь будут по максимуму проводиться диагностические и экстренные лечебные манипуляции. Это и есть принцип EMERGENCY.

В СОСМП увеличится пропускная способность. Если сегодня приемное отделение за день обслуживает 70-90 пациентов, то в новом корпусе через отделение будет проходить в сутки до 150 человек. Более чем в два раза вырастет количество госпитализированных пациентов – от 35-40 до 80-85 в сутки.

Представляют интерес принципиальные кадровые изменения в новом приемном отделении. Помощь больным будут оказывать специально обученные врачи и фельдшеры скорой помощи, владеющие всей «неотложкой».

Эти специалисты будут нести заверяемого пациента персональную ответственность по принципу так называемой «голливудской медицины»: пациент поступает, его тут же берет под опеку медик (в зависимости от тяжести – врач или фельдшер) и проводит по всем этапам диагностики и оказания неотложной помощи – как в кино.

Естественно, врачи пройдут специальную подготовку, и к открытию отделения штат будет дополнительно укомплектован.

Потоки в стационарном отделении скорой медицинской помощи, как и прежде, будут делиться на плановых и экстренных больных, и они не будут пересекаться. Новшество заключается в сортировке экстренных пациентов по принципу TRIAGE, цветовой индикации – на зеленый, желтый и красный потоки.

Сортировка производится по международной шкале METTS, где учтены такие параметры, как дыхание, кровообращение, сознание, температура тела, болевой синдром.

Зеленым потоком займутся фельдшеры скорой помощи. Это пациенты в удовлетворительном состоянии. После назначений фельдшера они сами проходят необходимые обследования – готовятся к осмотру врача. Так экономится время доктора.

Желтый поток – пациенты средней тяжести. На все обследования назначенные профильным врачом они сопровождаются медицинским работником, транспортируются на каталке.

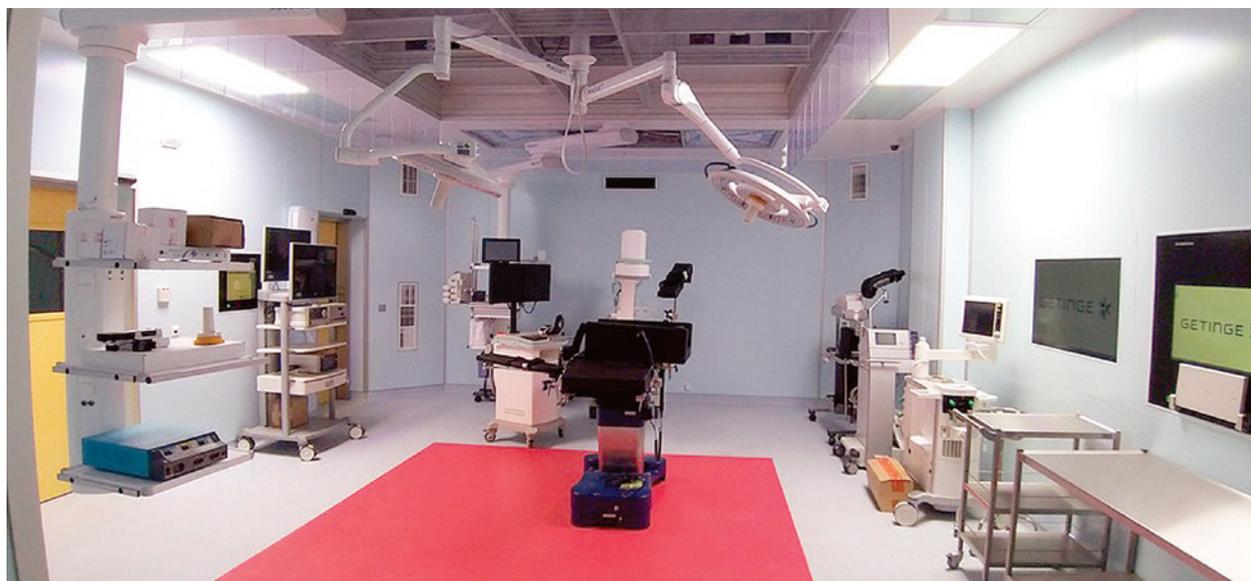
Красный поток – тяжелые пациенты. Для них организовано два реанимационных зала суммарно на восемь коек.

Для сравнения: в прежнем отделении было три реанимационных места. Помощь оказывается по принципу «технологии к пациенту». Имеется оборудованный по всем правилам изолятор для инфекционных больных и больных с психическими нарушениями.

К больным будет максимально приближена диагностика – от лабораторных анализов до компьютерного томографа.

Представляем вам «Порядок оказания экстренной медицинской помощи в приемном отделении КГБУЗ ККБ».

С поправками на объективные обстоятельства этот стандарт может быть использован в любой многопрофильной клинике Красноярского края и Российской Федерации.



ОБЕСПЕЧЕНИЕ НЕПРЕРЫВНОГО КОНТРОЛЯ ПРОЦЕССОВ В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ КЛИНИКЕ

*О. А. Черкашин, А. В. Масленников
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»*

В 2014 году краевая клиническая больница начала внедрять систему управления качеством – начиная от лечебных и заканчивая вспомогательными процессами.

При этом мы стремились найти потери во всех процессах и устранить их, чтобы добиваться лучшего результата при меньших затратах.

Каждый процесс нуждается в мониторинге его показателей для контроля и совершенствования. К августу 2018 года количество инструментов контроля процессов стало слишком большим, что значительно затруднило их текущий анализ и увеличило время реакции. В отсутствие постоянного контроля со стороны руководства ранее отлаженные процессы начали «проседать».

Для решения этой проблемы была разработана новая информационная система для агрегации всех показателей из ранее созданных мониторингов.

Каждый показатель состоит из одного блока, имеющего цветовую индикацию по принципу светофора:

- зеленый – хорошо;
- желтый – нужно обратить внимание;
- красный – необходимо срочное вмешательство.

Показатели объединены в группы по направлениям деятельности, по каждой группе определен ответственный. Система разработана таким образом, чтобы добавление в нее нового показателя занимало минимальное количество времени. Таким образом, уже к моменту старта системы она имела не только ранее разработанные показатели, но и новые, актуальные на момент запуска.

В момент запуска большинство показателей были красными, связано это было с установкой амбициозных целей. Сейчас же количество показателей более 250, и экран в целом стал «озеленяться».

Так, например, новым показателем стал «Отказы в приемном отделении без оформления реестра на оплату». Если пациент обратился в приемное отделение, мы его обследовали, осмотрели и не госпитализировали, то мы имеем право подать этой случай на оплату как амбулаторное посещение.

Технически в медицинской информационной системе (далее – МИС) эта возможность была давно реализована, но врачи часто не оформляли консультации надлежащим образом, количество таких неоформленных консультаций доходило до 30 в день, разовые управленческие усилия приносили временную пользу, но спустя некоторое время все возвращалось на исходные позиции.

После разработки этого показателя каждый случай ненадлежащего оформления начал разбираться на передачах смен, и их количество начало резко сокращаться, и спустя год это уже были крайне редкие случаи. Если предположить, что в среднем за каждую такую консультацию мы получаем по тысяче рублей, то суммарный дополнительный доход за период с августа 2018 по август 2019 год составил 8 млн рублей.

Другой важный индикатор для приемного отделения – повторные обращения в приемное отделение после отказа в госпитализации. В

первый месяц после запуска индикатора было выявлено 35 таких случаев, сейчас их не более десяти в месяц.

Одним из важных индикаторов было «Время от поступления пациента с ОНМК до визуализации на КТ и принятия решения». До ввода автоматического мониторинга в декабре 2018 года мы считали показатель вручную, и его значение было около 20 минут.

Когда мы впервые начали автоматизировано собирать эту информацию, то увидели среднее значение чуть более 30 минут. При детальном разборе ситуации было обнаружено, что замер времени начала производился на амбулаторной карте, которая обычно появлялась спустя 3-5 минут после въезда пациента в больницу. То есть персонал ожидал появления амбулаторной карты, что совершенно не обязательно для начала обследования.

Сразу после обнаружения были приняты организационные меры, и уже в следующем месяце среднее время сократилось до 25 минут. Плодотворная ежедневная работа над ошибками по каждому пациенту с превышением времени позволила на данный момент стабилизироваться на 17-20 минутах.

Каждый случай отклонения времени или повторной госпитализации мы рассматривали как неблагоприятное событие. В ККБ мы давно начали проводить работу с такими событиями, и поэтому уже умеем решать их так, чтобы минимизировать вероятность их повторений. Ежегодно регистрируется около 3 тысяч неблагоприятных событий, мы организовали разные каналы регистрации через МИС, через корпоративный портал и даже Viber.

Вначале главной нашей задачей было получать информацию о максимальном количестве таких событий, ведь каждое из них – это возможность стать чуть лучше и предотвратить какую-то проблему на раннем этапе, каждое событие рассматривалось персонально заместителем главного врача по медицинской части, но с ростом их количества это стало физически невозможно.

В 2019 году мы разработали новую информационную систему, позволяющую систематизировать этот процесс. Мы разделили на входе события по степени важности и определили сроки рассмотрения в зависимости от нее. Также был составлен большой справочник категорий неблагоприятных событий и делегировано рассмотрение таких событий определенным ответственным.

Процесс рассмотрения был систематизирован и настроен таким образом, чтобы по каждому событию была найдена корневая причина и ни одно зарегистрированное событие не осталось без внимания. Сейчас система находится в стадии активного внедрения, но мы уже видим в ней огромный потенциал для будущих улучшений.

При достойном уровне информатизации процессов многие неблагоприятные события не требуют ручной регистрации человеком, такие события, как долгое время обследования пациента с ОНМК или повторная госпитализация после отказа, могут быть автоматически найдены и зарегистрированы системой, а дальнейшее расследование пойдет по стандартной схеме.

Необыкновенный
Casus **extraordinarius**
случай

ХРОНИЧЕСКИЙ ГОЛОВЧАТЫЙ ПАНКРЕАТИТ В СОЧЕТАНИИ С ЭКСТРАПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ КИСТОЙ СРЕДОСТЕНИЯ

А. Е. Попов, Н. Ю. След
КрасГМУ им. В. Ф. Войно-Ясенецкого
КГБУЗ КМКБ № 20 им. И. С. Берзона

В последние годы в абдоминальной хирургии увеличивается число больных с постнекротическими кистами поджелудочной железы (ПЖ) [2]. Этот факт можно объяснить несколькими причинами.

Во-первых, имеет место увеличение количества пациентов с острым панкреатитом. Во-вторых, значительно улучшились методы обследования больных. В-третьих, отмечено повсеместное уменьшение летальности при остром панкреонекрозе, и, следовательно, увеличилось количество пациентов с ложными кистами ПЖ [3, 5, 7].

По данным литературы, панкреонекроз в 40-50% случаев заканчивается образованием постнекротических кист поджелудочной железы [2, 4, 6]. Основными моментами для возможности наложения внутреннего анастомоза между кистой ПЖ и тонкой кишкой является время, прошедшее после перенесенного острого панкреонекроза (не менее 3-4 месяцев) и сформированности стенки кисты (не менее 3-4 мм) [1, 4, 6, 7].

Представляем редкий случай больного с хроническим головчатым панкреатитом в сочетании с экстрапанкреатической кистой средостения.

Клинический случай

Больной К., 26 лет поступил в отделение абдоминальной хирургии КГБУЗ КМКБ № 20 им. И. С. Берзона 05.04.2017 года с диагнозом хронический кальцифицирующий панкреатит, осложненный кистой головки поджелудочной железы и экстрапанкреатической кистой средостения.

Из анамнеза: страдает хроническим панкреатитом с 2012 года, беспокоят периодические интенсивные боли в верхнем отделе живота. В 2013 году диагностирована киста головки поджелудочной железы, рекомендовано динамическое наблюдение. С 2012 по 2016 год пять раз находился на стационарном лечении по поводу хронического панкреатита.

В феврале 2016 года экстренно госпитализирован в пульмонологическое отделение КГБУЗ КМКБ № 20 им. И. С. Берзона с диагнозом внебольничная двусторонняя пневмония (S 10), средней степени тяжести, осложненная экссудативным плевритом справа. Сопутствующий диагноз эпилепсия, пролапс митрального клапана 1 ст., с регургитацией 1 ст.

При обследовании (УЗИ, МСКТ брюшной полости) выявлены признаки хронического калькулезного панкреатита с формированием кисты головки и экстрапанкреатической кисты средостения. Дважды проводилась плевральная пункция, эвакуировано 1400 и 700 мл соответственно. Содержание амилазы в плевральном выпоте – 2155 Е/л.

Жалобы при поступлении: на периодические интенсивные боли в верхнем отделе живота опоясывающего характера, связанные с приемом пищи. Боли рецидивируют до 3-4 раз в неделю, по поводу чего был вынужден принимать болеутоляющие средства.

Отмечает значительную потерю веса, за последние 6 месяцев похудел на 24 кг. Кроме того, имеются диспепсические расстройства: тошнота, повышенное газообразование, частый жидкий стул.

При осмотре больной астеничен, кожа обычной окраски, живот не вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, умеренно бо-

лезненный в правом подреберье и эпигастрии. Перистальтика активная, симптомов раздражения брюшины нет. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения, ЧСС – 88 в мин., АД 110/60 мм рт. ст.

Пациент с дефицитом массы тела, рост 182 см, вес – 56 кг, индекс массы тела – 16,91.

Общие и биохимические лабораторные данные в пределах нормы, кроме изменения следующих показателей: панкреатическая эластаза < 15 (<100 – тяжелая степень экзокринной недостаточности поджелудочной железы); HbA1c (гликированный гемоглобин) – 5,9% (HbA1c >= 6,5% – диагностические критерии сахарного диабета); С-пептид – 263 ммоль/л (при норме 298-2350).

Вышеуказанный диагноз подтвержден инструментальными методами исследования – УЗИ, МСКТ, МРТ.

На УЗИ: поджелудочная железа, размеры – головка 33 мм, тело 19 мм, хвост 31 мм, контуры нечеткие, неровные, структура неоднородная, повышенной эхогенности. Главный панкреатический проток расширен до 7 мм, в просвете лоцируются множественные конкременты размером до 11 мм, множественные кальцинаты в паренхиме железы. В проекции головки лоцируется анэхогенное образование размером 35x40 мм (киста). В направлении к грудной полости, между нижней полой веной и аортой, лоцируется анэхогенное образование размером 91x45 мм (киста) (рис. 1).

Данные МРТ: поджелудочная железа обычных размеров, имеет мелкобугристый контур и неоднородную структуру за счет усиления стромального компонента и наличия в головке жидкостного объемного образования, неправильной, округлой формы, имеющего гиперинтенсивный сигнал по T1 и T2 (белковое, геморрагическое содержимое?), с наличием в структуре участков гипоинтенсивного сигнала (наиболее вероятно кальцинаты), размерами до 3,8x3,9x3,9 см.

Аналогичное по структурным и сигнальным характеристикам образование определяется в области тела поджелудочной железы, распространяется в поддиафрагмальное пространство и частично в грудную полость через пищеводное отверстие диафрагмы, размерами до 7,4x9,1x14,6 см, интимно прилежащее к протоку поджелудочной железы. Проток поджелудочной железы расширен (в области тела до 0,7 см), неизвитой (рис. 2).

Оперирован в плановом порядке 14.04.2017 года, выполнена верхнесрединная лапаротомия, локальная резекция головки поджелудочной железы, вентральная V-образная резекция тела поджелудочной железы, вскрытие и дренирование экстрапанкреатической кисты средостения в продольный панкреатоэнтероанастомоз, сформированный на отключенной по Ру петле тощей кишки. Этапы операции представлены на рис. 3, 4.

Послеоперационный период на фоне интенсивной инфузионной терапии протекал без осложнений. Перистальтическая активность ЖКТ восстановилась к третьим суткам, самостоятельный стул на пятые



Рис. 1. УЗИ поджелудочной железы больного К., 26 лет



Рис. 2. МРТ поджелудочной железы больного К., 26 лет

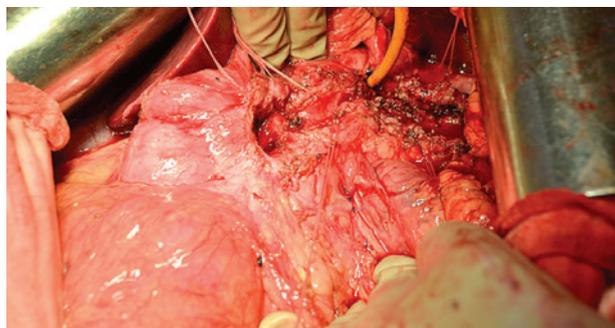


Рис. 3. Локальная резекция головки поджелудочной железы, вентральная V-образная резекция тела поджелудочной железы

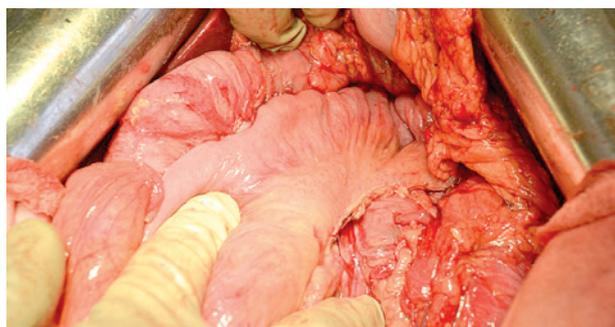


Рис. 4. Формирование продольного панкреатоеюноанастомоза на выключенной по Ру петле тощей кишки

сутки, дренажи удалены на шестые сутки после операции, швы сняты на 10-е сутки.

Гистологическое исследование препарата: структура ткани поджелудочной железы не сохранена за счет разрастания грубоволокнистой соединительной ткани, частично сохранены сдавленные, атрофичные выводные протоки, часть из них кистозно расширена. Гистологически картина хронического панкреатита.

Длительность пребывания в стационаре 19 койко-дней. Выписан на амбулаторное лечение под наблюдение хирурга в удовлетворительном состоянии.

Литература

1. Гришин И.Н., Гриц В.Н., Лагодич С.Н. Кисты, свищи поджелудочной железы и их осложнения. Мн: Высшая школа. 2009; 272.
2. Мерзликин Н.В., Бражникова Н.А., Цхай В.Ф. и др. Панкреатит. М: ГЭОТАР – Медиа 2014; 528.
3. Первова О.В., Винник Ю.С., Черданцев Д.В., Титова Н.М. Возможности антигипоксантной терапии цитофлавином при лечении деструктивного панкреатита. Сибирское медицинское обозрение. 2012; 3: 23-27.
4. Сухоруков А.М., Попов А.Е., След Н.Ю., Попов С.А., Черных А.И. Клинические аспекты профилактических мероприятий по предупреждению гнойных осложнений при деструктивном панкреатите. Сибирское медицинское обозрение. 2014; 87(3): 55-58.
5. Черданцев Д.В., Арутюнян Ал. В., Арутюнян Арм. В. Состояние проблемы острого панкреатита в г. Красноярске и Красноярском крае. Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра. 2011; 4: 310-313.
6. Шалимов А.А., Грубник В.В., Горовиц Д., Зайчук А.И., Ткаченко А.А. Хронический панкреатит. Современные концепции патогенеза, диагностики и лечения. Киев: Здоровье. 2000; 255.
7. Щастный А.Т. Псевдокисты поджелудочной железы: диагностика, лечение. Новости хирургии. 2009; 17(1): 143-156.

ДИСКУССИЯ

АЛЛЕРГИЯ НА ЛИДОКАИН: МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ. АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ПРОБЫ

В. В. Вишневский

КГБУЗ «Краевая офтальмологическая клиническая больница им. П. Г. Макарова»

Цель работы

Определить достоверность указаний пациентов и заключений консультантов об аллергии на лидокаин, а также получить отзывы от коллег о корректности описанных случаев.

Материалы и методы

При операциях офтальмологического профиля за первую половину 2019 года автором наблюдались 1703 пациента, которым проводилась ре-

гионарная анестезия. Среди них 18 человек (1,06%) заявляли об аллергии на лидокаин (17 – женщины, 1 – мужчина), а у четверых аллергия была подтверждена заключениями аллергологов (22,22% от всех заявивших). Возраст пациентов 53-81 год (средний возраст – 74 года).

В одном случае (пациентка Ч., 67 лет) в заключении аллерголога указывалось на непереносимость всех местных анестетиков и рекомендовалось проведение антиглаукомной операции под общим наркозом.

В другом случае (пациентка Ф., 72 года) аллерголог указывает на непереносимость лидокаина, но допускает применение нарпина.

Еще одной пациентке (С., 80 лет) врач-аллерголог выставляет диагноз аллергия на лидокаин и дает рекомендации о премедикации кортикостероидами внутривенно капельно без указаний на применение других местноанестезирующих препаратов.

И, наконец, пациентка К., 81 год, поступила с заключением о перекрестных реакциях на эфиры и амиды.

Подобная статистика вызвала у автора сомнения — с учетом данных Г. Могоша [1], М. Ф. Малрова [2], В. В. Мясниковой [3] и других о встречаемости истинной аллергии на лидокаин в одном случае на 2 млн введений. Если в нашей больнице проводится 15 тысяч операций в год с использованием лидокаина, то нам потребуется 133 года(!), для того чтобы приблизиться к опасному рубежу. А. Ю. Пашук [4] указывает лидокаин (ксикаин) среди казуистически редко дающих аллергические реакции местных анестетиков.

При глубоком изучении анамнеза пациентов было выявлено, как «ождается» аллергия на лидокаин.

15 пациентов испытали слабость, головокружение, обморок при посещении стоматолога-хирурга. При этом все указали, что негативные реакции у них возникли после удаления зуба. Они испытывали дискомфорт, различной степени болевые ощущения и «приходили в себя» от резкого запаха нашатыря. После этого врач высказывался о реакции (аллергии) на лидокаин.

Пациентка С., 53 года, два года назад обратилась к хирургу по поводу панариция. Проведены два болезненных укола в основание пальца. Через три минуты почувствовала «хруст в пальце» и потеряла сознание. В себя пришла от похлопывания по щекам. Хирург сказал, что у нее была реакция на лидокаин.

В другом случае пациентка К., 63 года, при использовании ректальных свечей с лидокаином по назначению проктолога отмечала появление сыпи на шее и спине, которая постепенно прошла после приема супрастина. С диагнозом аллергия на лидокаин пациентке рекомендовано обратиться к аллергологу, где диагноз без проведения проб «подтвердился». А как же формообразующие (ланолин, парафин, стеорин) и стабилизирующие вещества этих свечей, красители?

Еще в одном случае, пациентка Б., 76 лет, бывшая сотрудница нашего учреждения, утверждает, что после введения лидокаина потеряла сознание и очнулась только в реанимации. При тщательном опросе выяснилось, что при болях в спине зять (врач-нейрохирург) провел паравертебральную блокаду лидокаином (два шприца), после чего развился анафилактический(?) шок, из которого пациентку благополучно вывели. Проведена скарификационная и сублингвальная проба на ксилокаин — без реакции. Прооперирована под акинезией и субтеноновой анестезией лидокаином по поводу катаракты без каких-либо реакций и осложнений. Выписана на четвертый день.

Другой случай «анафилактического» шока на лидокаин произошел в 1994 году в одном из лечебных учреждений города, во вновь открытом хозрасчетном кабинете по косметологической хирургии при пластике передней брюшной стенки по поводу *striae gravidarum* после третьих родов. Хирург провел инфильтрационную анестезию тридцатью ампулами лидокаина (в разведении). Сердце запустили, перевели в реанимацию с прямой линией на ЭГ. Через двое суток пациентка умерла. Никого не удивит патологоанатомический диагноз: анафилактический шок на лидокаин?!

В прессе, соцсетях, на интернет-форумах мелькают страшилки осложнений, смертельных случаев от введения лидокаина.

Но не в лидокаине дело. Просто достаточно часто любые проявления побочных реакций на введение местноанестезирующих средств стомато-

логи или другие врачи трактуют как аллергию, озвучивают это пациентам и рекомендуют исключить применение всех «-каинов». Врачи предлагают в дальнейшем использовать потенциально более опасный общий наркоз, и, с легкой руки консультантов, это иногда происходит.

Проще возложить «опасность» для пациентов в почтенном возрасте на анестезиологов.

Автор, имея 11-летний опыт подобной диагностики, провел аллергические пробы (сублингвальные, скарификационные и прик-тесты) с «пустым» контролем (для исключения дермографической реакции) у всех 18 пациентов. Ни в одном случае реакции на лидокаин и инокаин не наблюдалось. После чего, спустя 20-30 минут, пациентам проведена премедикация, акинезия лидокаином (с применением «аспирационной пробы»), а далее субтеноновая анестезия тем же лидокаином и антиглаукомная операция, эмульсификация с имплантацией окулярной линзы или другие операции.

1% аллергии на лидокаин по сравнению с 0,005% — такова статистика в литературе, вызывает удивление не только у автора, но и у других коллег-анестезиологов, с которыми он поделился своими наблюдениями. Правда, среди коллег нашлись и такие, кому «очень повезло», и они видели множество аллергических реакций на лидокаин и даже анафилактических шоков.

Во всех вышеприведенных при тщательном сборе анамнеза выяснилось, что никаких проб на переносимость лидокаина (*in vivo* или *in vitro*) аллергологами не проводилось. Диагноз выставлялся со слов пациента, но, с точки зрения автора, консультант должен подтвердить или опровергнуть аллергию с помощью тестов.

Высказывается ряд противопоказаний для проведения кожных проб. В том числе, возрастные — нельзя проводить пробы детям до 3-5 лет и пожилым людям после 60-65 лет.

У детей действительно бывают протестные реакции на царапины и уколы. Но не совсем понятен термин «старая кожа» у взрослых, да и возраст с учетом хронологического и биологического критерия понятие относительное. Вопрос скорее в реактивности сосудов кожи, которую можно определить дермографизмом. И если даже придерживаться возрастных ограничений, то что мешает консультантам-аллергологам провести тестирование *in vitro*?

Запрет на проведение автором диагностических аллергических проб аргументируется тем, что это запрещено приказом Минздрава врачам всех специальностей, кроме аллергологов-иммунологов в специальных условиях при наличии лицензии.

Для нанесения пары царапин на эпидермис предплечья требуется лицензия?!

Длительные поиски подобного приказа МЗ РФ в Интернете результатов не дали. Обнаружена ссылка на Письмо Росздравнадзора от 02.11.2015 № 01И-1872/15 с приложением рекомендаций Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов «Федеральные клинические рекомендации по анафилактическому шоку» от 23.12.2013, в которых нет запретов на проведение тестов смежными специалистами и где регламентированы условия проведения тестов. Однако данные документы не зарегистрированы Минюстом, и следовательно, не имеют юридической силы.

Но есть аналогичные рекомендации Федерации анестезиологов и реаниматологов России «Профилактика и лечение периоперационной анафилаксии и анафилактического шока» от 2016 года, где на странице 10 заявлено: «В настоящее время золотым стандартом диагностики анафилаксий называют кожные пробы», а на странице 16 подробно изложен порядок «... выполнения кожных проб — простого и достоверного метода выявления сенсibilизации». Понятно, что это рекомендации для анестезиологов-реаниматологов.

Согласно этим рекомендациям, автор провел кожные и сублингвальные пробы пациентам, заявляющим о непереносимости лидокаина и/или инокаина. Ни у одного из 18 пациентов не выявлено даже намека на сомнительный результат.

А вот 606-й Приказ МЗ РФ от 07.11.2012 Зарегистрирован в Минюсте РФ 28 января 2013 г., Регистрационный номер 26732 регламентирует: «Специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачом-аллергологом-иммунологом, а в случае его отсутствия – врачом-терапевтом, врачом-педиатром...».

И ведь ни в одной районной больнице края в штатном расписании аллерголога нет. Как быть? За полторы-две тысячи верст из Байкита, Ванавары, Кодинска, Кежмы, Бирилюсс отправлять пациента в Красноярск на консультацию? С предсказуемой целью получить диагноз по 10-му пересмотру Международной классификации болезней Z88.4 «В личном анамнезе аллергия к анестезирующему средству» (в то время как таковой нет) или T78.8 «Другие неблагоприятные реакции, неклассифицированные в других рубриках». Кому нужны такие консультации? А тестами подтвердить или опровергнуть кем-то выставленный диагноз аллергии на лидокаин? Дорого? А заменять лидокаин дорогостоящими импортными аналогами? А если их нет? Или неоправданный общий наркоз. Или анестезиолога нет для проведения общего наркоза. А опять же — ради чего? Ради ушивания рваной или резаной раны или другой мелочи.

Тот же 606-й приказ определяет оснащение кабинета для проведения аллергологических проб.

Так чем же анестезиолог-реаниматолог не терапевт-интенсивист? И чем же условия предоперационной с полным оснащением не соответствуют условиям, приближенным к реанимации? И чем же глаза анестезиолога или другого врача отличаются от глаз аллерголога, чтобы увидеть цвет и размер папулы или отек слизистой?

На самом деле большинство побочных реакций на местные анестетики связано не с истинными аллергическими реакциями, а с вегето-сосудистыми расстройствами, токсическими и истерическими реакциями, передозировкой, а также побочным действием входящих в состав некоторых анестетиков добавок. Тот же Г. Могош [1] более тридцати лет назад (не будучи аллергологом) вводит понятия «истинной» и «ложной» аллергии, по крайней мере, с точки зрения токсиколога.

По токсичности местных анестетиков Маккормик [4] приводит таблицу (представлена в сокращении). Добавлена цена из Интернета.

Фармакотоксический и фармакоэкономические аспекты

Таблица 1

Максимально рекомендуемые дозы МА для выполнения инфильтрационной анестезии и блокады периферических нервов для взрослого весом 70 кг (по Маккормик Б. [4])

Местный анестетик	Максимально рекомендуемая однократная доза	Цена 1 мл (руб.)
Лидокаин	300 мг	0,7-1
Лидокаин с адреналином	500 мг	1,35
Мепивакаин с адреналином	500 мг	26,4
Бупивакаин	225 мг	20
Левобупивакаин	150 мг	16,4
Ропивакаин	200 мг	16,9
Прокаин (новокаин)	1000 мг	1,1

Как видно, ропивакаин (нарופן) в полтора раза токсичнее лидокаина и более чем в 16 раз дороже.

Лидокаин стоит 1 рубль за 1 мл (20 рублей коробка), бупивакаин – 20 рублей за 1 мл, ропивакаин – 17 рублей за 1 мл. При этом обогащаем-то мы иностранных производителей. В одном из заключений аллерголога прямо указано: на лидокаин аллергия, а нарופן использовать можно (причем без пробы!). Вот те раз. А вдруг гипотетическая неизвестная перекрестная реакция между радикалами амидов?

И вот последняя история, наделавшая большой переполох, от 27 февраля 2019 года.

Уже упомянутая пациентка Ч. поступила с диагнозом открытоугольная глаукома по направлению Минусинской РБ. Предварительно консультирована аллергологом. Диагноз: T78.8, «Другие неблагоприятные реакции, неклассифицированные в других рубриках» (очень удобно, никаких проб проводить не нужно). И далее рекомендации: «не применять все эфирные и амидные анестетики, включая инокаин и лидокаин, проводить операцию под общим наркозом».

Данных анамнеза о том, что четыре года назад после операции под общим наркозом по поводу струмэктомии у пациентки в течение трех месяцев наблюдалась дисфония, и еще в течение полугода она не могла петь (является членом Минусинского народного хора), в заключении аллерголога нет. Что это? «Трудные дыхательные пути» и повреждение связочного аппарата и над- или подсвязочного пространства, ранение возвратного нерва (описанное даже при применении ларенгиальной маски) [3], аллергия на силикон или латекс [3]?

В заключении также нет анамнестических данных о том, что два года назад пациентка прооперирована на левом коленном суставе под спинномозговой анестезией. Какой-то анестетик должен же быть использован?! А тут – полная «непереносимость».

Дважды (накануне вечером и утром перед операцией) пациентке проведены скарификационная и сублингвальная пробы на ксилокаин и инокаин с отрицательным результатом.

Прооперирована под акинезией и субтеноновой анестезией лидокаином и аппликационной анестезией инокаином с хорошим результатом без осложнений. Выписана на 8-е сутки.

В опалу попал анестезиолог – ослушался рекомендаций аллерголога-иммунолога!

Может, в данном случае необходимо было с учетом анамнеза отправить пациентку на консультацию к ЛОР-врачу, пульмонологу, психоневрологу? Погонять от души!

Но почему бы и нам, и аллергологам-иммунологам не придерживаться рекомендаций фундаментального труда Г. Лолора-младшего, Т. Фишера, Д. Адельмана [9]?

Так как же – проводить или не проводить? Быть или не быть? Каждый врач на этих примерах должен выбрать сам, если он врач, а не ремесленник.

Литература

1. Могош Г., Острые отравления: диагноз, лечение: Пер. с румынского. – Бухарест: Мед. изд-во, 1984 г.
2. Малрой М.Ф. Местная анестезия / Иллюстрированное практическое руководство Издательство: Бином, 2005 г.
3. «Анестезия и периоперационное ведение в офтальмохирургии». / Под редакцией А.М. Чухраева, С.Н. Сахнова, В.В. Мясникова. Москва. «Практическая медицина». 2018 г.
4. Пашук А.Ю. Регионарное обезболивание. 1987 г.
5. Маккормик Б. Алгоритм действий при критических состояниях в анестезиологии. Рекомендации Всемирной федерации обществ анестезиологов. Издание 3-е, 2018 г.
6. Письмо Росздравнадзора от 02.11.2015 № 01И-1872/15 с приложением, рекомендацией Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов «Федеральные клинические рекомендации по анафилактическому шоку» от 23.12.2013 г.
7. Федерации анестезиологов и реаниматологов России «Профилактика и лечение периоперационной анафилаксии и анафилактического шока», 2016 г.
8. 606-й Приказ МЗ РФ от 07.11.2012 г.
9. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10).
10. Клиническая иммунология и аллергология / Г. Лолор-младший, Т. Фишер, Д. Адельман: пер. с англ., М., «Практика», 2000 г.

ОСКОЛОК 27-ГО ЗУБА «СБЕЖАЛ» ОТ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОГО ХИРУРГА К ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГУ

Пациентка М. 32 лет приехала из ЦРБ на амбулаторный прием к челюстно-лицевому хирургу ККБ с жалобами на боли в левой верхнечелюстной пазухе, заложенность носового хода, слизистые выделения, а также головную боль и боль в области левого глаза при наклоне головы.

По словам пациентки, 30 июня ей был удален 27-й зуб, после чего стоматолог выявил соустье между лункой 27-го зуба и верхнечелюстной пазухой. При удалении два корня 27-го зуба сместились в пазуху.

Пациентке проведена противовоспалительная терапия. Направлена на оперативное лечение в ККБ.

При объективном осмотре: носовое дыхание слева затруднено, слизисто-гнойные выделения из носа. Соустье между лункой 27-го зуба и левой верхнечелюстной пазухой не определяется. На КТ, проведенной в ЦРБ, пристеночное затемнение верхнечелюстной пазухи, инородные тела (корни 27-го зуба) в пазухе.

С диагнозом хронический верхнечелюстной синусит, подострый левосторонний верхнечелюстной одонтогенный синусит, ороантральное сообщение, инородные тела левой верхнечелюстной пазухи пациентка экстренно госпитализирована в отделение челюстно-лицевой хирургии.

По плану лечения пациентке проведена левосторонняя гайморотомия, устранение соустья местными тканями. Оперировал заведующий отделением ЧЛХ Андрей Симонов.

Протокол операции

Из ротового доступа, в проекции передней стенки левой верхнечелюстной пазухи, по переходной складке щеки произведен разрез 4 см, освежены края дефекта в лунке 27-го зуба, отслоены ткани от передней стенки пазухи, обнаружен костный дефект альвеолярного отростка размером 1 см. Бором создано окно в пазуху. Обнаружен один корень 27-го зуба, второй не найден. Корень удален, пазуха задренирована. Мобилизован слизисто-надкостничный лоскут со щеки, перемещен на ороантральный дефект – таким образом отверстие устранено.

На МРТ придаточных пазух носа через двое суток после операции получены изображения придаточных пазух носа. В полости левой верхнечелюстной пазухи, в зоне естественного соустья пазухи с носовым ходом, в полость верхнечелюстной пазухи пролабирован необнаруженный во время операции корень зуба.

Принято решение о проведении повторного вмешательства с применением эндоскопической ассистенции – с целью удаления корня.

Через трое суток после первой операции Андреем Симоновым проведена ревизия левой верхнечелюстной пазухи с эндоскопическим сопровождением, но инородное тело обнаружено не было. Пазуха тампонирована турундой с левомеколем. Интраоперационно стало очевидно, что корень мигрировал из синуса в носовые ходы. С целью поиска назначено повторное МСКТ-исследование придаточных пазух.

МРТ околоносовых придаточных пазух после повторной операции: в левой половине полости носа, на уровне средней носовой раковины визуализируется инородное тело размером 6х2,8 мм, вероятно, фраг-

мент корня зуба. Костный дефект стенки левой верхнечелюстной пазухи в ниже-латеральных отделах – 26х16 мм.

Вероятно, миграция корня в полость носа произошла в результате физиологической функции соустья с носовым ходом, поэтому поиски инородного тела пазухи даже с эндоскопом были безуспешными.

Большая осмотрена совместно с заведующим ЛОР-отделением Владимиром Афонькиным.

На следующий день произведена попытка удаления корня из полости носа под местной анестезией. В силу анатомических особенностей носовых ходов попытка была безуспешной. Принято решение выполнить удаление корня зуба левого носового хода под наркозом, завершить вторым этапом операции левостороннюю гайморотомию.

Заведующий ЛОР-отделением Владимир Афонькин провел операцию удаление инородного тела, корня из левого носового хода, ушивание дефекта передней стенки левой верхнечелюстной пазухи.

С применением операционного микроскопа хирург прошел по левому носовому ходу и на границе верхнего и среднего левого носового хода обнаружил инородное тело – корень 27-го зуба.

Через неделю пациентка выписана на амбулаторное долечивание с клиническим диагнозом хронический верхнечелюстной синусит, инородные тела – два щечных корня, гайморотомия левой верхнечелюстной пазухи и повторная гайморотомия, ороантральное сообщение через лунку 27-го зуба.

Выводы

Андрей Гербертович Симонов, заведующий отделением челюстно-лицевой хирургии:

– Впервые за десятилетия работы челюстно-лицевым хирургом я «не догнал» инородное тело в пазухе. Реснички эпителия очень быстро унесли кусочек корня в носовые ходы. Само попадание обломков корней зуба в пазуху не эксклюзивно, а вот долгая охота за трехмиллиметровым кусочком кости – уникальна. По итогу первой операции я был уверен, что второго корня в пазухе просто не было. Но контроль МРТ показал, что маленький корешок в пазухе находится. А к тому времени, как я вернулся за ним с эндоскопом, инородное тело уже эвакуировалось в нос. Игнорировать инородное тело я не мог: пациентка рисковала заполнить гайморит, а в дальнейшем и менингит. Спасибо оториноларингологу Владимиру Афонькину за то, что мы с ним закрыли этот клинический эпизод.

Владимир Юрьевич Афонькин, заведующий отделением оториноларингологии:

– В своей практике я неоднократно встречался с миграцией осколков зуба в пазухи и носовые ходы. Как правило, сами по себе инородные тела не эвакуируются через нос, хотя при интенсивном промывании такое возможно. Инородные тела в верхнечелюстных пазухах опасны развитием инфекционных осложнений, именно поэтому мы их удаляем.

Подготовила Елена Семенова

СЛУЧАЙ УСПЕШНОЙ РЕКАНАЛИЗАЦИИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ

П. Г. Шнякин, В. Ю. Кузнецов,
М. К. Медведева, Е. О. Ломаско, К. О. Осетрова
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Сосудистые заболевания головного мозга занимают второе место в структуре смертности населения и первое среди причин инвалидизации. В общей структуре нарушений мозгового кровообращения основное место (70%) занимают ишемические инсульты.

Единственным методом лечения ишемического инсульта, доказавшим свою эффективность и безопасность в клинических исследованиях, является реканализация церебральной артерии (тромболизис и тромбэкстракция). Ее целью является восстановление кровотока в участке головного мозга с критическим дефицитом кровоснабжения, но еще не потерявшим жизнеспособность, так называемой пенумбре (зоне «ишемической полутени»). Наиболее важным предиктором успеха методов реканализации является время от развития инсульта до начала лечения. Чем быстрее будет достигнута реканализация окклюзированной артерии, тем быстрее оксигенированная кровь поступит к зоне «ишемической полутени». Таким образом, временной промежуток между возникновением симптомов инсульта и началом лечения является терапевтическим окном.

До начала ТЛТ пациенту необходимо выполнить нейровизуализацию (МСКТ головного мозга) и исключить противопоказания к ее проведению (кровоизлияние, опухоль).

В 2008 году, с открытием на базе ККБ регионального сосудистого центра (РСЦ), началось выполнение системного внутривенного тромболизиса. Ежегодно количество проведенных тромболизисов растет. Так, в 2008 году их было 38, а в 2018 году – 92.

Эффективность и безопасность тромболизиса при всех патогенетических подтипах ишемического инсульта не вызывает сомнений.

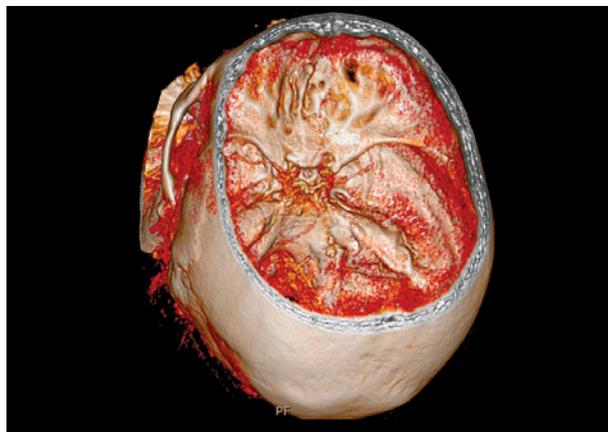
С 2012 года в условиях ККБ стала выполняться тромбэкстракция. Она проводится как отдельный метод реперфузии, так и в сочетании с системным тромболизисом по так называемой bridging-методике. Bridging-методика обладает высокой эффективностью.

Предлагаем вашему вниманию случаи успешного тромболизиса у пожилой пациентки с окклюзией правой среднемозговой артерии и успешной тромбэкстракции у молодой пациентки с окклюзией правой внутренней сонной артерии.

Клинический пример № 1

Больная К., 71 год. Доставлена в приемное отделение скорой помощью в период терапевтического окна (через 1 час 15 минут от начала заболевания). По словам родственников, появилась асимметрия лица слева, слабость в левых конечностях. В анамнезе постоянная форма ФП, принимает антикоагулянт (эликвис 2,5 мг).

Неврологический статус при поступлении: в сознании, продуктивному контакту доступна, ориентирована в месте и времени, личности. Простые команды выполняет. Речь не нарушена. Память снижена. Внимание сохранено. Глазные щели S<D. Зрачки D>S. Фотореакции сохранены. Парез зрения влево. Адверсия головы вправо. Слаженность левой НГС. Нистагм крупноразмашистый, вправо. Мягкое небо



по средней линии. Глотание и фонация не нарушены. Язык в полости рта. Левосторонний грубый гемипарез до плечии в ноге, в руке 1 балл. Проба Барре верхняя D>S, нижняя D>S. Сухожильные рефлексы с рук S<D, с ног S<D. Гемигипестезия слева. Менингеальной симптоматики нет. Шкалы при поступлении: Ренкин 4, NIHSS 14.

По нативному МСКТ головного мозга при поступлении «свежих» участков вещества мозга патологической плотности не выявлено (по шкале ASPECTS 10 баллов). Отмечается гиперденсивность правой СМА. КТ-признаки умеренно протяженных кистозно-атрофических изменений заднемедиальных отделов гемисфер мозжечка. Срединные структуры не смещены. Желудочковая система не расширена. Конвекситальное субарахноидальное пространство неравномерно расширено. В проекции гипофиза участков патологической плотности не выявлено.

По КТ-ангиографии КТ-признаки окклюзии правой СМА в дистальной части сегмента М1 (на границе с М2).

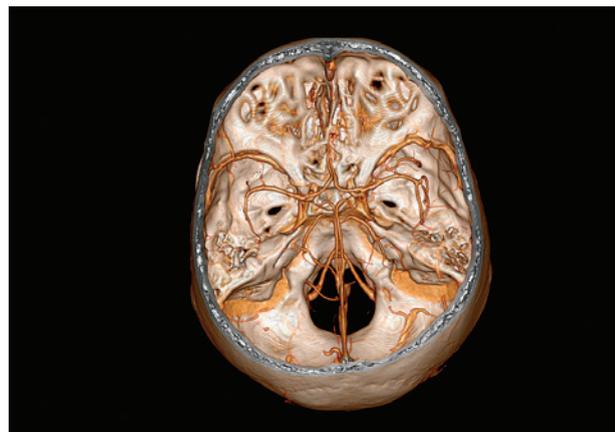
Через 1 час 30 минут от начала заболевания начат системный тромболизис. Введена болюсная доза препарата Актелизе. Больная транспортирована в отделение нейрореанимации с продолжающимся тромболизисом. В течение часа после окончания тромболизиса отмечается полный регресс неврологической симптоматики.

При проведении МСКТ головного мозга на следующий день отмечается восстановление кровотока по артериям головного мозга, отсутствие формирования зоны ишемии.

Выписана на седьмые сутки с положительной динамикой в виде полного регресса неврологического дефицита. Шкалы на момент выписки: Ренкин 1, Ривермид 14, NIHSS 0, Бартел 100.

Клинический пример № 2

Пациентка А., 33 года. Доставлена скорой помощью с клиникой острого нарушения мозгового кровообращения – слабость в левых конечностях, нарушение речи) в период терапевтического окна (60



минут от начала симптоматики). В анамнезе протезирование митрального клапана механическим протезом, принимала варфарин, за уровнем МНО не следила.

Неврологический дефицит на момент осмотра неврологом в ПО: дизартрия, сглаженность левого угла рта, левосторонний гемипарез до двух баллов. Уровень МНО 1,2 у.е.

По нативному МСКТ головного мозга – участков вещества мозга патологической плотности не выявлено, определяется сглаженность конвекситальных борозд в правой лобной и лобно-височной областях – по шкале ASPECTS 7 баллов (начальные КТ-признаки ОНМК по ишемическому типу в бассейне правой СМА).

Пациентке начато проведение системного в/в тромболитика препаратом Актилизе. По ангиограмме – окклюзия правой ВСА, начальных отделов правых СМА, ПМА и переднего отдела правой ЗСоА.

Состояние пациентки с отрицательной динамикой – narosла слабость в левых конечностях, углубились речевые нарушения. Пациен-

тка коллегиально осмотрена неврологом, рентггенхирургом, реаниматологом, принято решение о проведении тромбэкстракции, подана в рентгеноперационную.

На селективной ангиографии ВСА справа определяется окклюзия С5 сегмента правой ВСА.

Микрокатетером выполнено зондирование М2 сегмента правой СМА, установлен стент-ретривер «Trepo Provue» 4x20 мм. В условиях проксимальной защиты катетером «Merci» выполнена однократная тромбэкстракция. Получены два массивных плотных субстрата, вероятно, эмболического генеза. На контрольной ангиограмме определяется окклюзия М1 сегмента правой СМА. Кровоток в бассейне ПМА и ВСА на всем протяжении восстановлен. Микрокатетером повторно выполнено зондирование М2 сегмента правой СМА, установлен стент-ретривер «Trepo Provue» 4x20 мм. В условиях проксимальной защиты катетером «Merci» выполнена однократная тромбэкстракция. Получен плотный субстрат.

На контрольной ангиографии кровотоков в СМА справа восстановлен – ТПС III.

Пациентка транспортирована в ОАР № 5. Состояние пациентки с положительной динамикой – полный регресс неврологического дефицита. Проведено МСКТ головного мозга в динамике – участков патологической плотности вещества головного мозга не определяется; кровотоков в бассейне правой ВСА восстановлен; окклюзий, гемодинамически значимых стенозов не выявлено. Была переведена в отделение неврологии. Выписана через 10 дней с подобранной дозой варфарина, с МНО 2,4 у.е. (целевое значение 2,5-3,5 у.е.), под наблюдение невролога кабинета вторичной профилактики инсульта поликлиники ККБ.

Заключение

Мировой клинический опыт доказал эффективность методов реканализации (тромболитис, тромбэкстракция) у больных ишемическим инсультом. Необходимо помнить, что реканализация церебральных артерий у пациентов с ишемическим инсультом является времязависимой процедурой: чем раньше будет «открыта» окклюзированная артерия, тем выше шансы у пациента на благоприятный функциональный исход.

Использование методов реканализации у пациентов с ишемическим инсультом приводит к значимому улучшению их функционального состояния и уменьшению уровня инвалидизации.

Перспективными направлениями изучения проблем реперфузии при ишемическом инсульте являются изучение новых фибринолитиков и разработка новых (более эффективных) устройств для тромбэктомии.



ДИАГНОСТИЧЕСКИ СЛОЖНЫЙ СЛУЧАЙ АДЕНОКАРЦИНОМЫ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ У ПОЖИЛОЙ ПАЦИЕНТКИ

Ю. Лавренова, В. Ю. Афонькин
КГБУЗ «Краевая клиническая больница»

Рак слюнной железы – редкое онкологическое заболевание. Опухоль развивается в больших слюнных железах (подчелюстных, околоушных, подъязычных) или в малых (язычных, губных, небных, щечных, молярных).

Первыми симптомами заболевания могут стать беспричинная сухость во рту или, напротив, чрезмерное слюноотделение.

Дальнейшая динамика заболевания часто характеризуется отеком лица или его части в области слюнных желез, отечностью, болезненным уплотнением в области шеи, во рту или на челюсти, болями при глотании, повышением температуры тела, головокружением, дискомфортом во время открывания рта, мышечной болью или вялостью определенной области лица.

Диагностика рака проводится при помощи магнитно-резонансной томографии (МРТ), УЗИ, которое помогает определить размер, диаметр и точную локализацию новообразования. В процессе обследования нередко проводится биопсия опухоли. Правда, случается это редко, поскольку существует риск повреждения лицевого нерва, а также ввиду вероятности повреждения здоровых участков кожи путем распространения злокачественного процесса.

Прогноз при опухоли слюнной железы всецело зависит от индивидуальной клинической картины пациента. Благоприятнее, как правило, он является для женщин.

Оперативное вмешательство при опухолях околоушных желез связано с опасностью травматизации лицевого нерва, поэтому как процесс операции, так и реабилитационный период требует тщательного наблюдения у онколога. Возможными послеоперационными осложнениями являются паралич или парез мимических мышц, а также возникновение послеоперационных свищей.

Рак слюнных желез наиболее часто предполагает комбинированное лечение – оперативное вмешательство совместно с лучевой терапией. Химиотерапию при опухолях слюнных желез применяют крайне редко – она малоэффективна.

Представляем вам клиническую ситуацию, потребовавшую диагностических ресурсов краевой клинической больницы, а также участия в судьбе пациентки многих специалистов.

Клинический случай

80-летняя жительница Ачинска экстренно госпитализирована в ЛОР-отделение краевой клинической больницы с подозрением на паратонзиллярный абсцесс.

Жалобы при поступлении: дискомфорт в горле слева, чувство инородного тела слева, периодические подъемы температуры тела до 38,5 гр., слабость, недомогание.

Из анамнеза, по словам родственников, известно, что с марта 2019 года у пациентки отмечалось изменение голоса – гнусавость, а в начале июня появился дискомфорт в горле. За медицинской помощью больная обратилась только в июле, когда появилось затрудненное

дыхание, дискомфорт, чувство инородного тела в горле слева. Кроме того, поднялась температура тела до 38,5 гр.

По скорой с подозрением на паратонзиллярный абсцесс пациентку доставили к оториноларингологу. ЛОР-врач вскрыл паратонзиллярное пространство слева, получено сукровичное отделяемое. Пациентка утверждает, что крови было много – полный металлический лоток. Назначена антибактериальная терапия, местная противовоспалительная терапия.

На следующий день повторно вскрыто паратонзиллярное пространство – получена кровь. Больная направлена к ЛОР-онкологу – данных за новообразование глотки недостаточно.

Через 10 дней пациентка снова обратилась к ЛОР-врачу в Ачинске с жалобами на повышение температуры до 38,5 гр., боли в горле.

С диагнозом паратонзиллярный абсцесс направлена в ККБ.

ЛОР-статус при поступлении: носовая перегородка искривлена, нижние носовые раковины отечны. Рот открывает свободно, отмечается асимметрия глотки за счет выбухания и смещения мягкого неба к середине. Голос звонкий, чистый.

Клинический диагноз: паратонзиллярный абсцесс слева. Заболевание глотки?

Госпитализирована в ЛОР-отделение.

МРТ при поступлении: на фоне постоперационных изменений в левой подчелюстной области определяется овоидной формы образование без четких контуров, размерами 6,5х6,5х5,5 см, неоднородной структуры, с пузырьками воздуха вокруг и внутри.

Образование деформирует и сдавливает прилежащие анатомические структуры, оттесняя трахею вправо. Визуализируются лимфоузлы мягких тканей шеи в прилежащих мягких тканях.

Заключение: объемное образование подчелюстной области слева.

В первую очередь следует думать о воспалительном процессе, дифференцировать с опухолью, гематомой.

В отделении под местной анестезией по старому рубцу произведено вскрытие паратонзиллярного пространства слева, получено серозно-сукровичное отделяемое до 100 мл. Визуально образование спалось, выбухание уменьшилось, но при контрольном осмотре через 30-40 секунд выбухание небной дужки слева вновь в прежнем объеме. Произведено разведение краев раны, получена алая кровь под напором до 10 мл. Кровотечение остановлено марлевым тампоном на зажиме.

На следующие сутки после госпитализации при фарингоскопии левая половина глотки выбухает, вполовину перекрывая просвет глотки. По сравнению с днем госпитализации просвет незначительно сузился, выбухание также незначительно увеличилось. Пульсации в области выбухания не наблюдаются.

С учетом анамнеза, объективной картины была заподозрена ложная аневризма сосудов шеи. Запланировано проведение ангиографии

с возможной эмболизацией сосудов шеи. При ухудшении дыхания назначена экстренная трахеотомия.

Данные ангиографии: выявлено объемное гиперваскулярное образование в проекции боковой стенки глотки с большим количеством афферентных ветвей, с признаками неактивного кровотечения. Выполнена эмболизация крупной афферентной ветви.

Дальнейшую тактику ведения пациентки обсудили на консилиуме трое заведующих отделениями: оториноларинголог Владимир Афонькин, челюстно-лицевой хирург Андрей Симонов и сосудистый хирург Елена Лихошерст.

Заключение консилиума: складывается впечатление о наличии опухолевидного образования в области подчелюстной области слева с распространением в боковую стенку глотки слева, с высокой васкуляризацией.

Учитывая опасность повторных волн кровотечения, решено по экстренным показаниям, под местной анестезией провести трахеотомию (для профилактики асфиксии), вторым этапом провести удаление опухоли трансоральным доступом с превентивной перевязкой наружной сонной артерии слева. Это необходимо для профилактики массивного кровотечения, поскольку полную эмболизацию приводящих веток левой наружной сонной артерии осуществить не удалось.

На первом этапе хирургической помощи пациентке установлена трахеостома.

На втором этапе произведена перевязка левой наружной сонной артерии и ее ветвей.

Описание операции: из продольного разреза на шее слева, параллельного кивательной мышце, выделена общая сонная артерия в месте ее бифуркации, наружная сонная артерия на протяжении, сосуды взяты на держалки. Общая сонная артерия, внутренняя сонная артерия и наружная сонная артерия хорошо пульсируют. Отмечается высокое расположение бифуркации общей сонной артерии. При выделении наружной сонной артерии подъязычный нерв взят на держалку, отведен в сторону.

Дополнительных образований в районе хирургического доступа не определяется. Рассечены и перевязаны лавсаном ветви наружной сонной артерии – верхняя щитовидная, язычная, лицевая и восходящая. Перевязана также наружная сонная артерия сразу выше бифуркации и дистальнее двубрюшной мышцы без пересечения сосуда.

Третий этап оперативного вмешательства – удаление опухоли боковой стенки глотки, левого окологлоточного пространства.

Протокол операции: под оротрахеальным наркозом в проекции опухоли левой боковой стенки глотки произведен полуовальный разрез от мягкого неба по передней небной дужке на боковую стенку глотки длиной 6 см. Послойно рассечена слизистая, мышцы мягкого неба, боковой стенки глотки. В окологлоточном пространстве обнаружена опухоль в капсуле размером до 6 см в диаметре. Выделена, удалена, рана послойно ушита викрилом без дренажа.

Макропрепарат: капсула плотная темно-серого цвета. Под капсулой опухоль солидного типа с рыхлой дольчатой тканью серо-желтого цвета. Наполнена сгустками крови.

Опухоль в капсуле направлена на гистологическое исследование.

Пациентке выставлен послеоперационный диагноз: новообразование неопределенного или неизвестного характера губы, полости рта и глотки.

В реанимационном отделении пациентка провела всего одни сутки. Долечивалась в ЛОР-отделении.

Отмечались проявления энцефалопатии – самостоятельно удалена трахеостомическая трубка, центральный венозный катетер в левой паховой области.

Консультирована психиатром: органическое расстройство личности, смешанный аффективный синдром с паранойяльными включениями.

Выписана через неделю после операции в удовлетворительном состоянии под наблюдение ЛОР-врача, стоматолога-хирурга по месту жительства с последующим лечением у онколога.

Результат прижизненного патологоанатомического исследования биопсийного материала.

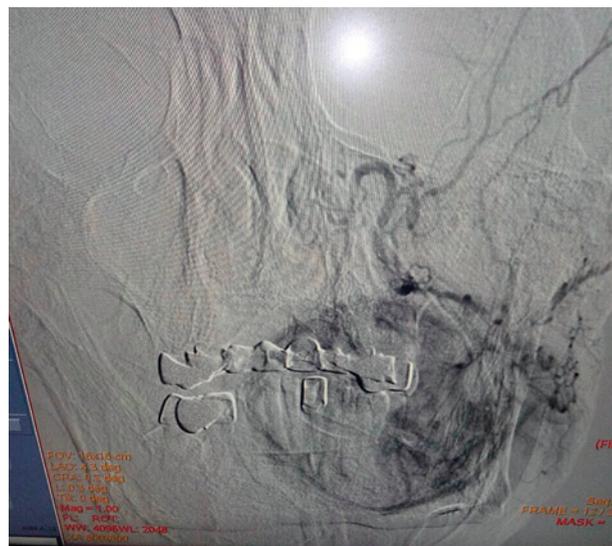
В присланном материале раздробленные фрагменты опухолевой ткани, представленная железистым, тубулярным и преимущественно солидными структурными компонентами, сформированными из протоковых и миоэпителиальных клеток с тесным их расположением, эпителиальных клеток с базофильной цитоплазмой, темное ядро, митозы, мелкие очажки гиалинизированной стромы с полнокровными сосудами. Вне описанных компонентов фиброзированная строма с полнокровными сосудами и очаговыми кровоизлияниями.

Заключение: морфологическая картина аденокистозной карциномы малых слюнных желез.

– Особенность представленного клинического случая в сложной диагностике, – говорит заведующий отделением оториноларингологии ККБ Владимир Афонькин. – Рак слюнной железы – чрезвычайно редкое явление, отличающееся медленным ростом. Скорее всего, опухоль у нашей пациентки росла долго, зато очень бурно манифестировала, и если бы не правильная тактика наших коллег из Ачинска, все могло бы закончиться печально для больной – массивным кровотечением или асфиксией.

Ачинские коллеги направили пациентку в многопрофильную клинику и поступили совершенно верно. Мы видим, что больной понадобилась помощь врачей пяти специальностей – оториноларинголога, челюстно-лицевого хирурга, сосудистого хирурга, анестезиолога-реаниматолога и даже психиатра.

Теперь, когда мы в краевой больницес учетом всех рисков успешно удалили опухоль, и гистологическое исследование подтвердило аденокарциному, наступила очередь онколога – шестого врача-специалиста, который будет вести пациентку в онкодиспансере.



Ex animo
От души

АЧИНСКОЙ МЕЖРАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЕ – 45 ЛЕТ



В юбилейный для больницы год мы думаем не о статистике, хотя и она внушительная.

Штат 1,5 тысячи человек, доктора, которые вошли в историю не только ачинской медицины, но и город в целом, как почетные жители, и Отечества – как заслуженные доктора РФ.

В составе МРБ четыре поликлиники и травматологический пункт на 2400 посещений в смену, станция скорой медицинской помощи, дневные стационары, оказывающие медицинскую помощь по девяти профилям, круглосуточные стационары, оказывающие помощь в 20 отделениях по 20 профилям, 20 фельдшерско-акушерских пунктов и многое другое.

Больше, чем цифрами, мы гордимся людьми в белых халатах, лучшими врачами Ачинской межрайонной больницы. Они, как правило, не хотят публичности, стесняются разговоров о себе. Но их профессионализм, философия жизни, радости и печали – все то, чем живет доктор крупнейшей больницы района, важно для нас.

Сегодня мы беседуем с заведующим отделением анестезиологии и реанимации КГБУЗ «Ачинская МРБ» Михаилом Бардовским.

Михаил Бардовский:

«В реанимации нельзя отключать эмоции»

В его характере чувствуется сила океана. Бардовский – парень из Владивостока, который с детства больше всего хотел изучать живое, мог часами заниматься с земляными червями, страстно желал разобратся в анатомии и не сомневался, что станет врачом.

Стал – врачом-анестезиологом.

Геройством Михаил Александрович свое искусство не считает. Говорит, что это просто работа, хотя признает, что людям свойственно романтизировать профессию доктора.

Его собственное мировоззрение с годами менялось: в институте и первые годы работы казалось, что болезнь – это судьба, вылечить человека в принципе нельзя. Потом наступило понимание, что и от докторов многое зависит. Сейчас Бардовский осознает, что большинству больных помочь можно, ну, а тех, кому невозможно помочь, врач все равно не должен оставлять наедине с болезнью.

Разговор с человеком, который всегда на передовой, не мог быть позитивным – количество боли и страданий, которые он видит ежедневно, зашкаливает. Бардовский убежден: реанимация – это труд не одного «героя», пусть и очень талантливого. Это командная работа отделения – медсестер, санитарок, врачей.

– Михаил Александрович, что в вашей профессии самое хорошее и самое плохое?

– Самое горькое – ежедневно сталкиваться со страданиями людей: все это проецируешь на себя. И так каждый день, каждый...

Сначала, как в любой профессии, интересно, потом вполне может начаться процесс выгорания. Почему? Потому что понимаешь: страдания неизбежны – это часть жизни людей. К ним не готовы сами люди,

Хроника Ачинской

1974 год – постановлением крайисполкома городское и сельское здравоохранение объединено в Ачинскую ЦРБ.

Пятью годами ранее открыты хирургический корпус и поликлиника, но именно объединение в ЦРБ явилось началом ее развития как многопрофильной больницы.

Тогда в ее состав вошли:

– городские больницы № 1, № 2 и № 3, родильный дом, туберкулезный, венерологический, психиатрический диспансеры, скорая помощь, Нагорновская участковая больница, ФАПы.

Большой вклад в развитие и становление внесли главные врачи, в развитие узкоспециализированной помощи – заведующие отделениями, чьи заслуги стали достоянием и неопровержимым поводом к присвоению звания «Почетный гражданин города Ачинска». Среди них Евгений Игоревич Широков – заслуженный врач РФ, Геннадий Николаевич Мельников.

1981 год – введен в эксплуатацию новый пятиэтажный терапевтический корпус, открыты кардиологическое, пульмонологическое, гастроэнтерологическое, неврологическое, нейрохирургическое, урологическое, офтальмологическое взрослое и детское отделения, реанимация.

1998 год – при создании управления здравоохранения администрации города начинается реорганизация Ачинской ЦРБ с выделением из ее состава больниц, диспансеров и поликлиник. В 2002 году сдана пятиэтажная пристройка к хирургическому корпусу. В 2010 году проведена реконструкция старого хирургического корпуса.

2016 год – снова реорганизация. В состав Ачинской межрайонной больницы № 1 вошли Ачинская городская поликлиника № 1 и № 2, Ачинская городская больница и Ачинская станция скорой медицинской помощи.

и не готов ты. Стойкость выработать, наверное, можно, и это не будет приобретенной чертностью, просто этап жизни.

Недавно читал статью про знаменитого британского судебного медика, который был признанным авторитетом в этой области и писал документальные исследования про вскрытия и их практический аспект. И вот успешный, увлеченный профессией человек вдруг подает в суд на королевское британское медобщество: у него посттравматическое стрессовое расстройство. Ему все опротивело, он не мог видеть трупы, страдания людей.

Вот и у меня сейчас такая фаза – мне тяжело все это наблюдать. Чем-то помочь можно каждому пациенту, но не все можно вылечить. Порой даже с симптомами тяжело справиться. Это порождает чувство бессилия. К счастью, временное.

– Уместна ли в тактике ведения пациента ложь во спасение?

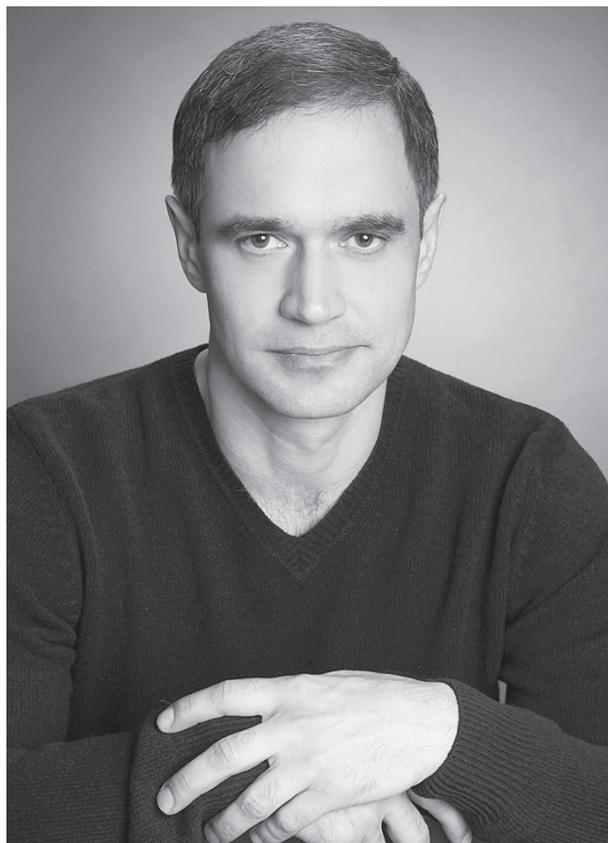
– Не для всех и не всегда. И тут имеет значение командный дух: кто-то «проколется», сболтнет лишнего, и от этой жестокой правды некоторые пациенты вообще теряют веру не только в тебя как врача, но и веру вообще. Они начинают избегать процедур, приема лекарств.

– Пациента надо жалеть или подходить к процессу лечения, отключив эмоции?

– Всех людей надо любить. Отключить сердце – нет. Это жестоко, этого нельзя делать. Возможно, отключение могло бы сделать работу более сглаженной, ровной. Но не все решается лекарствами и технологиями.

– Ваши советы-предостережения молодежи: надо ли становиться врачом?

– Потенциального доктора видно с детства: ребенка интересует природа, все живое. Почему я пошел в медицину? Остальные виды деятельности мне представлялись несколько рутинными. Человек на заводе воспроизводит один и тот же процесс – постоянно. В медицине каждый пациент – совершенно другой человек, другая вселенная, ведь даже если болезни имеют одно название, протекают они по-разному. Второй аргумент: медицина уважаемая профессия? Да, очень



многие попадают под ее очарование. Врач – это звучит гордо. Но сейчас у меня более взвешенное отношение, ведь, надевая белый халат, мы берем на себя серьезную ответственность за жизни других людей, и это отнюдь не позитивное свойство профессии.

Врач – это ответственность, часто персональная и чуть ли не со студенческой скамьи. На завод пришел – прошел путь до гендиректора, но у тебя точно есть промежуток времени, когда ты не отвечаешь за результат напрямую. Здесь же, в медицине, можно «натворить» сразу, с первого момента. Если мы говорим про медицину, тем более

межрайонной больницы

Май 2016 года – медицинское учреждение переименовано в краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Ачинская межрайонная больница».

Сегодня тесное сотрудничество и взаимодействие с министерством здравоохранения Красноярского края позволяет реализовывать новые проекты и программы: «Земский доктор», «Новая поликлиника», введены открытые регистратуры,

Все структурные подразделения Ачинской межрайонной больницы работают в единой медицинской информационной системе. Началась реализация мероприятий нового национального проекта по борьбе с онкологическими и сердечно-сосудистыми заболеваниями, развитию первичной медико-санитарной помощи.

Открыто отделение гемодиализа, оснащенное пятью аппаратами искусственной почки.

Успешно работают Центр здоровья для взрослого населения и Мобильный центр здоровья, открыты кабинеты профилактики инфаркта и инсульта, Центр онкологической амбулаторной помощи.

С 2014 года на территории Ачинского района построено четыре модульных фельдшерско-акушерских пункта, получено четыре автомобиля скорой медицинской помощи.

В апреле 2019 года вышел на линию первый мобильный фельдшерско-акушерский пункт для оказания медицинской помощи в отдаленных сельских территориях Ачинского района.

Планируется оказание специализированной медицинской помощи по профилю «Реабилитация» для пациентов после инсультов и инфарктов, травм и заболеваний периферической нервной системы.

Открыты отделения паллиативной и гериатрической медицинской помощи.



экстренную (а с романтической точки зрения привлекает именно эта сторона врачебной деятельности), это и морально изматывающий, и физически тяжелый труд.

У каждого врача есть этап, когда ему приходится много дежурить. Примерно в 30–45 лет он оказывается в том возрасте, когда ему приходится много брать на себя: он уже может немало, и на него можно положиться. У меня бывало по 15–17 дежурств в месяц. Это изматывает: и морально, и физически тяжело.

У нас приходится таскать пациентов: они крупные, и взвалить эту работу на медсестру не получится. В нашем отделении переноска больных касается всех – и меня часто можно встретить с каталкой.

В нашей профессии ты порой становишься заложником несчастного случая. Формально ты ничего не сделал или, наоборот, сделал, пытаешься помочь, но все идет по плохому сценарию. И трактуется как результат твоих действий. Иногда бывает сложно доказать, что ты не виноват.

– Вы верите в предопределенность? Наверняка бывает, что чувствуете: тут уже не помочь.

– Откуда мы знаем судьбу? Есть ситуации понятные, а есть неоднозначные. Чудес однозначных точно нет. Бывают ситуации на грани понимания: человек должен был умереть, а он выжил. Иногда говорят: помните бабушку при смерти, а я вчера ее видел, ведро воды до-мной несли. Случается и наоборот.

У меня сейчас спокойно на душе, и кажется, я уже все в профессии прошел, прочувствовал, передумал, сделал выводы. Но это обманчиво: я точно знаю, что еще не раз нахлынет отчаяние или, наоборот, эйфория, и будет казаться, что я достиг вершины своего искусства.

– Ваша работа искусство или ремесло?

– Формула, наверное, такая: искусство = интуиция + ремесло. Знания – да, технологии – да, сейчас совершенно сказочные есть технологии. Самая простая сказка, которая у нас есть, – КТ, аппарат компьютерной томографии. Это самая важная вещь, которая появилась в нашей больнице за 10 лет.

КТ – прорыв, дающий совершенно новое видение происходящего. Например, в настоящий момент почти забыто умение слушать сердце фонендоскопом. Казалось бы, уходит врачебное ручное мастерство, но, на самом деле, ничего страшного.

Я видел много искусных в физикальных методах исследования докторов, но даже при высоком мастерстве есть момент ошибки. Технологии позволяют совершать их в меньших количествах.

Подготовила Таисия Аникина

Справка «ПК»

Михаил Бардовский, заведующий отделением анестезиологии и реанимации КГБУЗ «Ачинская МРБ».

Окончил Владивостокский государственный медицинский институт (1990–1996).

Интернатуру проходил в отделении АиР ЦРБ Ачинска, работал врачом анестезиологом-реаниматологом.

С 1998 года проходил военную службу в качестве начальника медчасти в летном гарнизоне Монгохто (Каменный ручей) на Дальнем Востоке.

С 2000 года работает в ЦРБ Ачинска врачом-анестезиологом и трансфузиологом.

С 2010 года возглавляет отделение анестезиологии и реанимации Ачинской межрайонной больницы.