

ПОВЫШЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТА В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

КОММЕНТАРИЙ К СТАТЬЕ «СТРУКТУРА ВРАЧЕБНЫХ ОШИБОК И ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПАЦИЕНТОВ В ОТДЕЛЕНИЯХ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ»

В. А. Руднов

ENHANCEMENT OF PATIENTS SAFETY IN THE INTENSIVE CARE DEPARTMENTS

COMMENTS ON THE ARTICLE «STRUCTURE OF MEDICAL ERRORS AND SURVIVAL OF PATIENTS IN THE INTENSIVE CARE DEPARTMENTS»

V. A. Rudnov

ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Екатеринбург
Ural State Medical University, Russian Ministry of Health, Yekaterinburg, RF

Первые аналитические сообщения, обобщающие медицинские ошибки на госпитальном этапе, стали появляться с начала 90-х годов прошлого столетия [5]. Седьмого декабря 1999 г. Президент США Билл Клинтон подписал постановление, согласно которому Федеральному агентству по развитию предписывалось в течение 90 дней разработать «Программу мер, направленных на повышение безопасности пациентов в лечебных учреждениях страны». Беспокойство президента было связано с публикацией данных, свидетельствующих о том, что по причине ошибок персонала в госпиталях США ежегодно погибает до 98 тыс. человек [3, 9]. Оказалось, что в наибольшей степени это касалось пациентов отделений реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). В последующем, наряду с США, постоянный анализ ошибок и повышение безопасности больных в период пребывания в ОРИТ стали одной из ключевых стратегий в Австралии и Великобритании [6, 8]. В 2004 г. под эгидой Всемирной организации здравоохранения был создан «Альянс за безопасность пациентов», а в 2009 г. Европейское общество интенсивной терапии (ESICM) выпустило Венскую декларацию, сформулировав концепцию безопасности [7]. Её содержание можно свести к следующим шести положениям.

1. Мы должны признать существование «эпидемии ошибок» как важной причины неблагоприятных исходов и стремиться к повышению профиля безопасности наших пациентов и улучшению исходов.

2. Пациент в критическом состоянии наиболее уязвим в отношении развития различных осложнений в силу имеющихся органно-системных расстройств и высокой агрессивности лечения.

3. Без повышения безопасности в ОРИТ невозможно улучшить качество помощи в стационаре в целом.

4. Повышение уровня безопасности больных в критическом состоянии возможно в каждом отделении, в любой стране вне зависимости от доступности ресурсов. Это такой же по значимости ключевой момент, как и повышение эффективности наших вмешательств.

5. Разработка и внедрение инновационных лекарственных средств и технологий с позиций более высокой безопасности.

6. Быстрое распространение информации о новых более безопасных диагностических и лечебных технологиях.

К сожалению, до настоящего времени проблема безопасности пациента в ОРИТ не нашла ещё должного отражения на страницах отечественных медицинских журналов, а большинство специалистов не знакомы с содержанием Венской декларации. В этой связи следует приветствовать публикацию работы А. В. Дац и др. «Структура врачебных ошибок и выживаемость в отделениях интенсивной терапии» в данном номере журнала, в которой представлены результаты изучения историй болезни 660 пациентов, госпитализированных в ОРИТ 24 районных и городских больниц одной из областей России. Между тем мы хотели бы обратить внимание на методологию анализа и ряд заключений, с которыми трудно согласиться.

Так, в разделе «Материалы и методы» не приводятся критерии полипрагмазии, адекватности коррекции гиповолемии, антибактериальной терапии и интенсивной терапии в целом.

В качестве основных врачебных ошибок, связанных с обследованием, отмечены отсутствие оценки

периферической микроциркуляции, контроля ЦВД, определения электролитов плазмы. Неадекватная диагностика касалась в первую очередь таких патологических состояний, как сепсис, ОДН, ОПН и ТЭЛА.

Нам всем известно, что единые общепринятые критерии оценки этих состояний отсутствуют, но от какой-то «печки» отталкиваться надо, без этого нельзя сформулировать само понятие ошибки. Рассматривать мнение эксперта в качестве «золотого стандарта», на наш взгляд, весьма опрометчиво. Правильней было бы использовать рекомендательные документы ESICM и нашей Федерации.

Можно также покритиковать авторов за отсутствие определения статистической значимости различия в структуре ошибок (табл. 2), ограниченный список литературы. В частности, отсутствует упоминание об отечественном исследовании РИОРИТа, отражающем эпидемиологию сепсиса в ОРИТ России. Обращает внимание, что из 17 ошибок, связанных с лечением, только 3 встречаются с частотой, превышающей 20%, и все они касаются терапии гиповолемии. Причём кратковременное использование вазопрессоров при тяжёлом гиповолемическом шоке не только возможно, но и необходимо.

Остальные 14 ошибок отмечены у 2–9% больных. Это можно расценивать как позитив, поскольку «обнулить» их количество невозможно? Для производства заключения о том, что «...неадекватная интенсивная терапия независимо от возраста снижала выживаемость пациентов ОРИТ с 83 до 74,5%, при этом относительный риск смерти увеличивает-

ся в 1,5 раза» необходима стратификация больных по тяжести состояния и риску смерти.

Тем не менее, несмотря на изрядную долю критических замечаний, хотелось бы подчеркнуть, что это одно из редких исследований. Статья призывает нас уделять больше внимания профессиональному разбору структуры врачебных ошибок. Но, безусловно, при их анализе мы обязаны совершенствовать его методологию. Давайте обращаться к источникам литературы, определённая база данных по данной проблеме уже сложилась. Наши повседневные усилия должны быть направлены на создание среды безопасности в ОРИТ с помощью постоянного обучения не только врачей, но и медицинских сестёр, работы по клиническим протоколам, формированию адекватного микроклимата персонала и оптимизации его нагрузки. Важнейшее значение имеет организация полноценного постоянного внутреннего аудита осложнений как в ЛПУ в целом, так и в отделениях реанимации и интенсивной терапии. Примеры, доказывающие эффективность обозначенных подходов в виде снижения числа ошибок и даже летальности, уже появились [2, 4].

ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Руднов Владимир Александрович

Уральский государственный медицинский университет,
доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой анестезиологии,
реаниматологии и токсикологии.
620028, г. Екатеринбург, ул. Репина, д. 3.
E-mail: vrudnov@mail.ru

Литература

1. Дац А. В., Горбачёва С. М., Дац Л. С., Прокопчук С. В. Структура врачебных ошибок и выживаемость пациентов в отделениях интенсивной терапии // Вестн. анестезиол. и реаниматол. – 2015. – № 4. – С. 46–50.
2. Benning A., Ghaleb M., Suokas A. Large scale organizational intervention to improve patient safety in four UK hospitals: mixed method evaluation // BMJ. – 2011. – Vol. 342. – P. d195.
3. Kohn L. T., Corrigan J. M., Donaldson M. S. editors. To err is human: building a safer health system. Washington, D. C.: National Academy Press; 2000.
4. Landrigan C., Rothschild J., Cronin J. et al. Effect of reducing intern' work hours on serious medical errors in ICU // N. Engl. J. Med. – 2004. – Vol. 351. – P. 1838–1848.
5. Leape L. L., Brennan T. A., Laird N. et al. The nature of adverse events in hospitalized patients: results of Harvard medical practice. Study II // N. Engl. J. Med. – 1991. – Vol. 324. – P. 377–384.
6. Mayor S. English NHS to set up new reporting system for errors // BMJ. – 2000. – Vol. 320. – P. 1689.
7. Moreno R., Rhodes A., Donchin Y. Patient safety in intensive care medicine: The Declaration of Vienna // Int. Care Med. – 2009. – Vol. 35. – P. 1667–1672.
8. Runciman W. B. Lessons from the Australian Patient Safety Foundation: setting up a national safety surveillance system – is this the right model? // Qual Saf Health Care. – 2002. – Vol. 11. – P. 246–251.
9. The Joint Commission. Sentinel Events [Internet]. Oakbrook Terrace. The Joint Commission. Available at: <http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/>
1. Dats A.V., Gorbachyova S.M., Dats L.S., Prokopchuk S.V. Structure of medical errors and survival of patients in the intensive care departments. *Vestnik Anesteziol. i Reanimatol.*, 2015, no. 4, pp. 46–50. (In Russ.)
2. Benning A., Ghaleb M., Suokas A. Large scale organizational intervention to improve patient safety in four UK hospitals: mixed method evaluation. *BMJ*, 2011, vol. 342, pp. d195.
3. Kohn L.T., Corrigan J.M., Donaldson M.S. editors. To err is human: building a safer health system. Washington, D. C.: National Academy Press; 2000.
4. Landrigan C., Rothschild J., Cronin J. et al. Effect of reducing intern' work hours on serious medical errors in ICU. *N. Engl. J. Med.*, 2004, vol. 351, pp. 1838–1848.
5. Leape L.L., Brennan T.A., Laird N. et al. The nature of adverse events in hospitalized patients: results of Harvard medical practice. Study II. *N. Engl. J. Med.*, 1991, vol. 324, pp. 377–384.
6. Mayor S. English NHS to set up new reporting system for errors. *BMJ*, 2000, vol. 320, pp. 1689.
7. Moreno R., Rhodes A., Donchin Y. Patient safety in intensive care medicine: The Declaration of Vienna. *Int. Care Med.*, 2009, vol. 35, pp. 1667–1672.
8. Runciman W.B. Lessons from the Australian Patient Safety Foundation: setting up a national safety surveillance system - is this the right model? *Qual Saf Health Care*, 2002, vol. 11, pp. 246–251.
9. The Joint Commission. Sentinel Events [Internet]. Oakbrook Terrace. The Joint Commission. Available at: <http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/>