



Дефекты интенсивной терапии пациентов с COVID-19. Мнение экспертов и врачей

В. И. ГОРБАЧЕВ¹, Н. Н. УТКИН¹, Е. С. НЕТЕСИН¹, К. Г. ШАПОВАЛОВ², С. М. ГОРБАЧЕВА¹, П. В. ДУНЦ³, В. И. ЕРШОВ⁴

¹ Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, г. Иркутск, Россия

² Читинская государственная медицинская академия, г. Чита, Россия

³ Краевая клиническая больница № 2, г. Владивосток, Россия

⁴ Оренбургский государственный медицинский университет, г. Оренбург, Россия

РЕЗЮМЕ

Актуальность. У существенной части пациентов, инфицированных вирусом SARS-CoV-2, регистрировалось тяжелое течение заболевания, требовавшее госпитализации и проведения интенсивной терапии.

Цель – анализ дефектов, допускаемых при интенсивной терапии пациентов с SARS-CoV-2, и оценка причин их появления.

Материалы и методы. Аналитическое исследование выполнено на основе заключений экспертов по 60 историям болезней умерших пациентов в отделении реанимации и интенсивной терапии с основным диагнозом «COVID-19. Внебольничная двухсторонняя полисегментарная вирусная пневмония. ОРДС». Для выявления причин, приведших к дефектам диагностики и лечения пациентов с COVID-19, проведен обезличенный опрос 92 врачей анестезиологов-реаниматологов, работавших в «красной зоне» в период пандемии COVID-19.

Результаты. Выявленные экспертами дефекты можно разделить на 2 основные группы: дефекты диагностики и дефекты лечения. Не диагностированы ОРДС в 25%, ТЭЛА в 8% случаев. Отсутствовали контроль ЭКГ и кардиомониторинг в 22%, КТ легких в 6,7%, эхокардиография в 10% случаев. Не проведены консультации профильных специалистов у 11,7% пациентов. Отмечались дефекты коррекции ВЭБ и КОС в 30%, необоснованное назначение препаратов в 58%, дефекты вазопрессорной поддержки в 10%, дефекты, связанные с проведением ИВЛ, – в 40% случаев. Опрос врачей показал, что в основе дефектов лежали как недостаточные знания руководящих документов, так и ограниченные возможности медицинских организаций по реализации необходимых исследований.

Заключение. Полученные результаты позволили продемонстрировать ограниченность и субъективность существующей оценки качества оказания медицинской помощи, которая порой не учитывает условия лечения пациентов и материально-технические возможности медицинской организации.

Ключевые слова: ошибки и дефекты, интенсивная терапия COVID-19, экспертиза лечения

Для цитирования: Горбачев В. И., Уткин Н. Н., Нетесин Е. С., Шаповалов К. Г., Горбачева С. М., Дунц П. В., Ершов В. И. Дефекты интенсивной терапии пациентов с COVID-19. Мнение экспертов и врачей // Вестник анестезиологии и реаниматологии. – 2023. – Т. 20, № 4. – С. 61–67. DOI: 10.24884/2078-5658-2022-20-4-61-67.

Defects of intensive care of patients with COVID-19. Expert doctors and opinion

V. I. GORBACHEV¹, N. N. UTKIN¹, E. S. NETESIN¹, K. G. SHAPOVALOV², S. M. GORBACHEVA¹, P. V. DUNTS³, V. I. ERSHOV⁴

¹ Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, Irkutsk, Russia

² Chita State Medical Academy, Chita, Russia

³ Regional Clinical Hospital № 2, Vladivostok, Russia

⁴ Orenburg State Medical University, Orenburg, Russia

ABSTRACT

Background. A significant proportion of patients infected with the SARS-CoV-2 virus had a severe course of the disease required hospitalization and intensive care

The objective was to analyze the defects allowed during intensive care of patients with SARS-CoV-2, and to assess the causes of their occurrence.

Materials and methods. An analytical study was made on the basis of expert opinions on 60 case histories of deceased patients in the intensive care unit with the main diagnosis: “COVID-19. Community-acquired bilateral polysegmental viral pneumonia ARDS”. To identify the reasons that led to defects in the diagnosis and treatment of patients with NCI COVID-19 in intensive care units, an anonymous survey of 92 anesthesiologists-resuscitators who worked in the “red zone” during the COVID-19 pandemic was conducted.

Results. The defects identified by experts can be divided into two main groups: diagnostic defects and treatment defects. ARDS in 25%, PE in 8% of cases were not diagnosed. There was no ECG control and cardiac monitoring in 22%, lung CT in 6.7%, echocardiography in 10% of cases. Consultations of specialized specialists were not held in 11.7% of patients. There were defects in the correction of EBV and ABS in 30%, unreasonable prescribing of drugs in 58%, defects in vasopressor support in 10%, defects associated with mechanical ventilation in 40% of cases. The survey of physicians showed that the defects were based on insufficient knowledge of the governing documents and the limited capabilities of medical organizations to implement the necessary research.

Conclusion. The obtained results made it possible to demonstrate the limitations and subjectivity of the existing assessment of the quality of medical care, which sometimes does not take into account the existing conditions for treating patients and the material and technical capabilities of a medical organization.

Key words: errors and defects, COVID-19 intensive care, treatment expertise

For citation: Gorbachev V. I., Utkin N. N., Netesin E. S., Shapovalov K. G., Gorbacheva S. M., Dunts P. V., Ershov V. I. Defects of intensive care of patients with COVID-19. Expert doctors and opinion. Messenger of Anesthesiology and Resuscitation, 2023, Vol. 20, № 4, P. 61–67. (In Russ.) DOI: 10.24884/2078-5658-2022-20-4-61-67.

Для корреспонденции:
Владимир Ильич Горбачев
E-mail: gorbachevvi@yandex.ru

Correspondence:
Vladimir I. Gorbachev
E-mail: gorbachevvi@yandex.ru

Введение

Пандемия новой коронавирусной инфекции COVID-19 (НКИ COVID-19) потребовала от отечественного здравоохранения значительного напряжения имевшихся сил и средств. У существенной части пациентов, инфицированных коронавирусом SARS-CoV-2, регистрировали тяжелое течение заболевания, требовавшее госпитализации, а у четверти из общего числа госпитализированных – лечения в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). Известны причины, значительно повышающие риск летального исхода у пациентов с тяжелыми формами COVID-19: возраст старше 65 лет, мужской пол, артериальная гипертензия и другие сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, ожирение, лимфопения, повышенные уровни D-димера и прокальцитонина [1, 8].

За время пандемии методы диагностики и лечения менялись и совершенствовались, что отражалось в динамически меняющихся различных клинических и методических рекомендациях. Ввиду особенностей течения эпидемического процесса и трудностей его прогнозирования в клиниках периодически наблюдался дефицит ряда препаратов и оборудования. Выявлялась недостаточная информированность медицинского персонала о внесенных в диагностику и схемы лечения изменениях. Эти факты могли привести к дефектам при проведении интенсивной терапии у пациентов с COVID-19. Попытка провести анализ их причин послужила побудительным мотивом для проведения данного исследования.

Цель исследования – анализ дефектов, допускаемых при интенсивной терапии пациентов с SARS-CoV-2, и оценка причин их появления.

Материалы и методы

Аналитическому исследованию подверглись заключения экспертов по 60 историям болезней умерших пациентов в ОРИТ с основным диагнозом «COVID-19. Внебольничная двухсторонняя полисегментарная вирусная пневмония. ОРДС». Эксперты имели ученую степень доктора медицинских наук по специальности «анестезиология и реаниматология». Подборка историй болезни осуществлялась методом простой слепой выборки. Эксперты оценивали данные историй болезни в соответствии с актуальными на тот момент методическими рекомендациями «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (НКИ COVID-19) МЗ РФ», методическими рекомендациями общероссийской общественной организации «Федерация анестезиологов и реаниматологов» «Анестезиолого-реанимационное обеспечение пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19», и критериями качества оказания медицинской помощи, обозначенными в приказах Министерства здравоохранения РФ от 10.05.2017 г. № 203н «Об утверждении критериев

оценки качества медицинской помощи» [3] и № 231н от 19.03.2021 г. «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения» [4].

Для выявления причин дефектов диагностики и лечения пациентов с COVID-19 в ОРИТ нами проведен обезличенный опрос 92 врачей-анестезиологов-реаниматологов, работавших в «красной зоне» в период пандемии COVID-19 в ряде регионов страны. Предложенный электронный опросник, состоящий из 30 вопросов, был размещен в сети Интернет (URL: <https://forms.gle/G5XD5CW6aJBRwG9c9>) от 11.03.2023 г. На каждый вопрос предлагалось 6 ответов, обозначающих, по мнению опрашиваемых врачей, причину допущенных дефектов. На один вопрос могло быть получено 2 и более ответов.

Участвующие в опросе были разделены по следующим критериям: работавшие в красной зоне до 3 (13 врачей) и более 3 месяцев (79 человек). Также врачи были разделены на 4 группы по стажу работы в специальности: ординаторы (1 группа) – 25 человек, врачи со стажем до 5 лет (2 группа) – 20 человек, врачи со стажем от 5 до 10 лет (3 группа) – 12 человек, и врачи со стажем более 10 лет (4 группа) – 35 человек. Все респонденты были обезличены.

По гендерному признаку врачи разделились следующим образом: мужчины – 70 человек, женщины – 22 человека.

Статистическую обработку данных проводили с использованием программы STATISTICA 10.0 (Windows). В тексте они представлены как медиана и 25–75% границы интерквартильного отрезка.

Результаты

Средний возраст всего пула умерших пациентов составил 65 [57; 74] лет. Средний возраст у 26 женщин соответствовал 70,5 [62; 76] годам, а 34 мужчин – 61 [53; 70] годам. Из сопутствующих заболеваний превалировала ишемическая болезнь сердца (ИБС) и хроническая сердечная недостаточность. Данный диагноз был выставлен в 32 (53%) случаях, в 8 случаях ИБС осложнилась острой левожелудочковой недостаточностью и отеком легких (13%). Тромбоэмболия легочной артерии диагностирована в 7 случаях. Гипертоническая болезнь как сопутствующее заболевание отмечена в 14 случаях (23%). Атеросклероз сосудов головного мозга, дисциркуляторная энцефалопатия и последствия перенесенных инсультов встречались в 9 случаях (15%).

Все выявленные экспертами дефекты можно разделить на 2 основные группы: дефекты диагностики и дефекты лечения.

К дефектам диагностики экспертами были отнесены следующие: прижизненно не диагностированы острый респираторный дистресс-синдром в 15 (25%)

Таблица 1. Основные дефекты интенсивной терапии, выявленные экспертами

Table 1. The main defects of intensive care identified by experts

Тип дефекта	Абс. кол-во	%
Организационные дефекты (нет консультаций «узких» специалистов)	7	11,7
Дефекты лабораторной диагностики (не определен ферритин, прокальцитонин, нарушена кратность биохимического анализа крови; кратность определения D-димера)	48	80
Дефекты инструментальных методов диагностики (нет КТ органов грудной клетки, нет ЭХО-КГ, не налажен кардиомониторинг)	23	38,3
Дефекты коррекции КОС и ВЭБ (не проведена терапия гипернатриемии и гиперкалиемии; введение физиологического раствора на фоне гипернатриемии; препаратов калия на фоне гиперкалиемии и др.)	18	30
Необоснованное назначение препаратов (антибиотикотерапия без определения чувствительности микроорганизмов; тиопентала натрия на фоне нестабильной гемодинамики; введение бисопролола на фоне артериальной гипотонии; необоснованное введение соды на фоне респираторного алкалоза и др.)	35	58,3
Несвоевременная или неверная вазопрессорная поддержка (не назначение или необоснованное введение мезатона или дофамина при артериальной гипотонии; несвоевременность инфузионной терапии перед вазопрессорной поддержкой и др.)	6	10
Дефекты посиндромной терапии (не проведено лечение острой почечно-печеночной недостаточности; сердечных тахикардий; тромбоэмболии легочной артерии и др.)	11	18,3
Дефекты искусственной вентиляции легких (поздний перевод на инвазивную и инвазивную ИВЛ, поздняя трахеостомия и др.)	24	40,0

и тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) в 5 (8,3%) случаях. Отсутствовали контроль ЭКГ и кардиомониторинг в 13 (21,7%) случаев. Не выполнены МСКТ легких в 4 (6,7%) и эхокардиография в 6 (10%) случаях. Не осуществлялась оценка тяжести состояния пациентов по шкалам Глазго; SOFA; qSOFA; RASS у 24 (40%) и не проведены консультации профильных специалистов у 7 (11,7%) пациентов. Не диагностирована острая почечно-печеночная недостаточность у 14 (23,3%) пациентов. Кроме того, особое внимание было обращено на дефекты лабораторной диагностики: не проведена ПЦР диагностика на сопутствующую вирусную инфекцию и бактериальную инфекцию, включая туберкулез у 40 (66,7%) пациентов, не определены D-димер в 14 (23,3%), прокальцитонин в 12 (20%), маркеры повреждения миокарда в 9 (15%), ферритин в 3 (5%) случаях. Была нарушена кратность назначения биохимических анализов крови у 10 (16,7%), кратность оценки кислотно-основного состояния (КОС) крови у четверти пациентов и не учтен суточный гидробаланс у 12 (20%) пациентов. В 8 (13,3%) случаях не диагностирована гипо-, гипернатриемия, либо гипо-, гиперкалиемия. У 1 пациента при наличии показаний не проведен посев крови на стерильность.

Основные дефекты интенсивной терапии, выявленные экспертами, мы разделили на 8 основных групп (табл. 1).

Опросник был направлен на выяснение причин, которые, по мнению врачей, работавших в «красной зоне», приводили к недостаткам оказания медицинской помощи, и акцентирован на указание дефектов, выявленных экспертами. В связи с большим объемом полученной информации было принято решение не освещать подробно каждый вопрос из 30 представленных в опроснике, а уделить внимание только тем, которые наиболее часто встречались у экспертов страховых компаний, и выяснить, что по этому поводу думают практикующие врачи (табл. 2). Ознакомиться с полной вер-

сией проведенного опроса можно на интернет-ресурсе [5]. В таблице представлены наиболее часто встречавшиеся ответы на поставленные вопросы (2 из 4).

Обсуждение

Перед изложением результатов анализа мнений экспертов и врачей необходимо уточнить, что страховые компании, проводя оценку качества оказания медицинской помощи пациентам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция, ссылаются на временные клинические рекомендации по профилактике, диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции (НКИ COVID-19), одобренные МЗ РФ, а дополнительная литература содержит лишь пояснительную информацию, не являющуюся обязательной к применению.

В табл. 2 особого внимания, на наш взгляд, заслуживают немногочисленные, но показательные ответы-комментарии, данные в свободной форме к каждому вопросу и не вошедшие в данную таблицу, такие как: «Лаборатория могла дать только уровень тромбоцитов, лейкоцитов и СРБ»; «Лаборатория ЦРБ не определяет калий плазмы»; «Плохая подготовка специалистов, переученных на инфекционистов»; «Несоответствие между определяемым спектром чувствительности к антибиотикам и доступными антибиотиками»; «Недостоверность результатов посевов»; «Отсутствие опыта и знаний» и т. п. Причем большинство комментариев, данных в свободной форме, были сделаны врачами, работавшими в практической медицине более 10 лет. Это, на наш взгляд, указывает на то, что у врачей есть собственное видение представленной проблемы, и это нельзя игнорировать.

Вопросы, связанные с лабораторной и инструментальной диагностикой, имеют прямую следственную связь с поздним выявлением таких грозных осложнений, как тромбоэмболия легочной артерии,

Таблица 2. Результаты ответов врачей-анестезиологов-реаниматологов (в скобках рядом с вопросами представлено количество ответов на конкретный вопрос, взятый за 100%)*Table 2. The results of the answers of anesthesiologists-resuscitators (in brackets next to the questions are the number of responses to a specific question, taken as 100%)*

Ответ респондента	Абс. кол-во	% от общего числа ответов	Врачи с длительностью работы в «красной зоне» до 3 месяцев, абс.
1. Что, на ваш взгляд, мешало врачам проводить антимикробную терапию, учитывая результаты посевов? (121/100%)			
Долгое время ожидания результатов посевов мокроты	63	52,2	8
Отсутствие необходимых антибиотиков в организации	15	12,4	1
2. Как часто, по вашему мнению, не соблюдалась этапность респираторной поддержки пациентам с COVID-19 (своевременная O₂ терапия, высокопоточная O₂ терапия, НИВЛ, ИВЛ)? (92/100%)			
Единичные случаи	31	33,7	4
Всегда соблюдалась	23	25	3
3. Почему, на ваш взгляд, не всегда соблюдалась этапность респираторной поддержки пациентам с COVID-19 (своевременная O₂ терапия, высокопоточная O₂ терапия, НИВЛ, ИВЛ)? (127/100%)			
Отсутствие достаточного количества кислородных разъемов в отделениях?	32	25,3	2
Отсутствие мест в ОРИТ	36	28,3	5
4. По какой причине в стационарах для лечения пациентов с новой коронавирусной инфекцией могли недостаточно часто выполняться анализы газов артериальной крови? (119/100%)			
Нет газоанализатора или он неисправен	44	36,9	8
Выполнялись в соответствии с рекомендациями	46	38,7	4
5. Как часто осуществлялись повторные обследования (КТ или R-графия ОГН) при новой коронавирусной инфекции? (92/100%)			
По клиническим показаниям, но не чаще чем 1 раз в 7–10 дней	49	53,3	6
По клиническим показаниям, но не реже чем 1 раз в 10–15 дней	15	16,3	2
6. Как часто проводилось определение D-димера при тяжелом течении новой коронавирусной инфекции? (92/100%)			
Ежедневно	23	25	1
По показаниям	36	39,1	6
7. Какую кратность назначения биохимического анализа крови при тяжелом течении новой коронавирусной инфекции вы использовали? (92/100%)			
1 раз в 2–3 дня	18	19,6	2
Ежедневно и по показаниям	66	71,7	7
8. Какой вазоактивный препарат вы использовали в качестве препарата первой линии при лечении артериальной гипотонии в случае тяжелого течения новой коронавирусной инфекции? (141/100%)			
Норэпинефрин	72	51	7
Дофамин	32	22,8	5
9. У пациентов с новой коронавирусной инфекцией и SpO₂ < 92% при проведении оксигенотерапии достижение какого уровня SpO₂ вы считали достаточным и адекватным? (92/100%)			
95%	33	35,9	6
96%	30	32,5	2
10. Какой уровень среднего артериального давления у пациентов с новой коронавирусной инфекцией и гипотонией, которым проводилась вазопрессорная поддержка, вы считали достаточным и адекватным? (92/100%)			
70–90 мм рт. ст.	29	31,5	3
85–105 мм рт. ст.	22	23,9	5
11. Как часто вами проводилось определение уровня глюкозы крови у пациентов с новой коронавирусной инфекцией при наличии в анамнезе сахарного диабета или гипергликемии? (92/100%)			
По мере необходимости	22	23,9	3
Каждые 4 часа	30	32,6	2
12. Какой расчетный дыхательный объем при проведении искусственной вентиляции легких у пациентов с новой коронавирусной инфекцией с ОРДС вы использовали? (92/100%)			
6–8 мл/кг идеальной массы тела	60	65,2	9
По потребности пациента и показателям SpO ₂	17	18,5	1
13. Какой вариант результатов лабораторного обследования вы использовали для диагностики цитокинового шторма? (92/100%)			
Тромбоцитопения и лейкопения. Повышение ферритина, СРБ, триглицеридов, ЛДГ, фибриногена, D-димера, ИЛ-6	46	50	5
Тромбоцитоз и лейкоцитоз. Повышение ферритина, СРБ, триглицеридов, ЛДГ, фибриногена, D-димера, ИЛ-6	20	21,7	1
14. Какую потребность в белке для пациентов с новой коронавирусной инфекцией в критическом состоянии вы использовали при расчетах нутритивной поддержки? (92/100%)			
1,2–1,5 г/кг/сут.	24	26,1	2
1,5–2,0 г/кг/сут.	24	26,1	0

Окончание табл. 2.
End of the table table 2.

Ответ респондента	Абс. кол-во	% от общего числа ответов	Врачи с длительностью работы в «красной зоне» до 3 месяцев, абс.
15. Какую максимальную дозу дексаметазона вы считали оптимальной при тяжелом течении новой коронавирусной инфекции? (92/100%)			
16 мг/сутки	25	27,2	1
20 мг/сутки	35	38	3
16. Приходилось ли вам использовать гипотензивные препараты у пациентов, получающих вазопрессорную поддержку? (104/100%)			
Никогда	51	49	7
Исходя из клинической ситуации	23	22,1	3
17. Если вы назначали лекарственные препараты «off-label» пациентам, находившимся на ИВЛ, оформляли ли вы консилиум с последующим извещением должностных лиц ЛПУ (подразумевается использование любых лекарственных препаратов вне инструкции)? (92/100%)			
Всегда	65	70,7	5
Оформляли, но считаю, что на оформление консилиума может уйти много времени, а промедление может быть опасным для пациента	10	10,8	3
18. В связи с недостатком «узких» специалистов пользуетесь ли вы таким методом, как телемедицинская консультация? (92/100%)			
Всегда пользуюсь	34	36,9	5
В нашем ЛПУ достаточное количество специалистов, прибегаем к телемедицинской консультации редко	22	23,9	2
19. При необходимости проведения длительной ИВЛ выполнение трахеостомии проводили? (92/100%)			
На 3 сутки	55	59,8	6
На 5–7 сутки	20	21,7	4
20. Какие шкалы вы использовали для оценки тяжести состояния пациентов с новой коронавирусной инфекцией? (235/100%)			
Глазго	66	28,1	8
SOFA	68	29	8
21. На ваш взгляд, схожи ли причины ненадлежащего оказания медицинской помощи пациентам при новой коронавирусной инфекции и другой патологии? (92/100%)			
Да	18	19,6	4
Затрудняюсь ответить	40	43,5	3

Примечание: в скобках после вопроса указано количество ответов, принимаемое за 100%.

почечно-печеночные осложнения, тяжелые сердечные тахикардии. Так, в 80% историй болезней экспертами были выявлены случаи некачественного оказания медицинской помощи в области лабораторной диагностики. В действующих на тот момент (актуализированных) клинических рекомендациях указано, что при тяжелом течении новой коронавирусной инфекции (COVID-19) проводится: клинический анализ крови – ежедневно и по показаниям, биохимические исследования – ежедневно и по показаниям, контроль гемостаза – ежедневно и по показаниям, СРБ, ферритин, прокальцитонин – в динамике. На вопрос: «Какой вариант результатов лабораторного обследования вы использовали для диагностики цитокинового шторма?», на который нужно было дать 1 вариант ответа либо добавить свой, в половине случаев получили верный ответ: тромбоцитопения и лейкопения, повышение ферритина, СРБ, триглицеридов, ЛДГ, фибриногена, D-димера, ИЛ-6. Остальная половина опрошенных оказалась неориентированной в проблеме. В 38,3% случаях отмечены дефекты, связанные с доступностью инструментальных методов диагностики. Отсюда следует, что не все врачи своевременно изучали временные методические рекомендации по данной патологии, возможно, именно по этой

причине и возникали отклонения от их положений. Тем не менее, имелись и объективные причины, которые не позволяли осуществить предписанный объем медицинской помощи. Связанные с выбором неверной тактики лечения дефекты имели неблагоприятные последствия для пациентов. Экспертами были отмечены случаи неправильной вазопрессорной поддержки при нестабильной гемодинамике. В ходе анкетирования врачи анестезиологи-реаниматологи отвечали, что в качестве препарата первой линии они использовали норэпинефрин, с чем эксперты страховых компаний соглашались. А вот в выборе второго препарата звучал дофамин, и это признавалось нарушением, так как в актуальной версии методических рекомендаций было указано, что препаратом выбора при отсутствии норэпинефрина является эпинефрин, и только при их отсутствии назначаются дофамин, добутамин и др. На вопрос: «Какую максимальную дозу дексаметазона вы считали оптимальной при тяжелом течении новой коронавирусной инфекции COVID-19?» ответили верно чуть более трети врачей (38%) – 20 мг; остальные врачи давали ошибочные ответы. Что же касается остальных ответов респондентов по тактике лечения пациентов с COVID-19, то тут тоже обоснованы претензии не только к врачам медицинских

организаций, но и к лицам, ответственным за их материально-техническое оснащение. Эксперты отмечают, что во избежание признания отклонения от положений рекомендаций дефектом такие действия должны быть обоснованы в истории болезни решением консилиума врачей (врачебной комиссией). На представленный вопрос: «Если вы назначаете лекарственные препараты «off-label» пациентам, находящимся на ИВЛ, оформляете ли вы консилиум с последующим извещением должностных лиц МО (подразумевается использование любых лекарственных препаратов вне инструкции)?» большинство врачей (81,5%) заявили, что все изменения по лечению пациента документально отражают в историях болезни. Большинство специалистов не знают, что назначение «off-label» регламентируется Распоряжением правительства РФ № 1180-р от 16.05.2022 г. (касаемо нозологических форм) [7]. В вопросах респираторной поддержки также присутствует конфликт мнений. Эксперты, опираясь на временные методические рекомендации, указывают, что тактика проведения респираторной поддержки пациентам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция с развитием тяжелой пневмонии и ОРДС, должна изменяться поэтапно и опираться на индекс оксигенации (соотношение $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$). На это рядовые врачи заявляли, что в их медицинской организации нет газоанализатора, либо нет на него расходных материалов, либо он был неисправен, а соотношение $\text{SpO}_2/\text{FiO}_2$ не может быть использовано для расчета индекса оксигенации. Обосновывая нарушения этапности в подключении респираторной поддержки, врачи отмечали, что не всегда была возможность придерживаться регламентированного подхода к лечению, так как, по их мнению, в определенный период времени (указывают на преимущественно 2020 г.) имело место недостаточное материально-техническое обеспечение медицинских организаций. Учитывая сложности прогнозирования эпидемического процесса при появлении нового вируса, критическая перегрузка медицинских организаций, перебои их материально-технического обеспечения и дефицит кадров представляются вполне объяснимыми.

Полученные результаты согласуются с подобными исследованиями по организации и качеству оказания

медицинской помощи при COVID-19. Э. Р. Низамова (2021) отмечает, что пандемия характеризуется дефицитом ресурсов, и это приводит к большому количеству дефектов оказания медицинской помощи. При этом, несмотря на выявление множества нарушений, лишь несколько из них повлекли административную и уголовную ответственность [2].

Вместе с тем Е. В. Усачева и др. (2023) подчеркивают, что количество дефектов оказания медицинской помощи в условиях пандемии было меньше «доковидного» периода, что свидетельствует о большей приверженности практикующих врачей к имеющимся рекомендациям по лечению COVID-19 относительно иной патологии [6].

Заключение

Проведенный опрос позволил выявить различия в подходах к оценке качества оказания медицинской помощи пациентам с COVID-19. Эксперты при оценке качества оказания медицинской помощи в большей степени ориентировались на строгое соблюдение лечащим врачом временных методических рекомендаций «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)», Приказа Министерства здравоохранения РФ от 10.05.2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», Приказа Министерства здравоохранения РФ от 19.03.2021 г. № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения». Практикующие же врачи проводили лечение пациентов исходя из возможностей медицинской организации. Представленная информация говорит о том, что на сегодняшний день отсутствует обратная связь между экспертами страховых компаний и врачами, которые непосредственно занимаются обследованием и лечением пациентов.

Полученные результаты позволили продемонстрировать некоторую ограниченность и субъективность существующей оценки качества оказания медицинской помощи, которая не полностью учитывает условия лечения пациентов и материально-технические возможности медицинской организации.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии у них конфликта интересов.

Conflict of Interests. The authors state that they have no conflict of interests.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ермохина Л. В., Берикашвили Л. Б., Ядгаров М. Я. и др. Оценка влияния сердечно-сосудистых заболеваний и их медикаментозной терапии на летальность пациентов с COVID-19, получавших лечение в отделении реанимации // *Анестезиология и реаниматология*. – 2022. – Т. 1. – С. 36–43. Doi: 7116/anaesthesiology202201136.
2. Низамова Э. Р. Дефекты организации медицинской помощи и ее оказания в пандемию COVID-19 // *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко*. – 2021. – № 2. – С. 12–15. Doi: 10.25742/NRIPH.2021.02.002.

REFERENCES

1. Ermokhina L.V., Berikashvili L.B., Yadgarov M.Ya. et al. Assessment of the effect of cardiovascular diseases and their drug therapy on the mortality of patients with COVID-19 treated in department of intensive care. *Anesthesiology and resuscitation*, 2022, vol. 1, pp. 36–43. Doi: 7116/anaesthesiology202201136 2.
2. Nizamova E.R. Defects in the organization of medical care and its provision in the COVID-19 pandemic. *Bulletin of the N.A. Semashko National Research Institute of Public Health*, 2021, no. 2, pp. 12–15. Doi: 10.25742/NRIPH.2021.02.002.

3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10.05.2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». URL: <https://www.rncrr.ru/upload/Doc/N203.pdf> (дата обращения: 07.07.23).
4. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 19.03.2021 г. № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения». URL: <https://base.garant.ru/400761901> (дата обращения: 07.07.23).
5. Распоряжение Правительства РФ № 1180-р от 16.05.2022 г. «Перечень заболеваний, при которых допускается применение лекарственного препарата вне инструкции по его применению, в том числе у детей». URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202205170014> (дата обращения: 07.07.23).
6. Усачева Е. В., Куликова О. М., Свечкарь П. Е., Семенихина М. В. Качество медицинской помощи в круглосуточном стационаре в условиях пандемии COVID-19 // Сибирский научный медицинский журнал. – 2023. – Т. 2. – С. 108–118. Doi 10.18699/SSMJ20230212.
7. Электронный опросник. URL: <https://forms.gle/G5XD5CW6aJBRwG9c9> (дата обращения: 11.03.2023).
8. Zheng Z., Peng F., Xu B. et al. Risk factors of critical & mortal COVID-19 cases: A systematic literature review and meta-analysis // J Infect. – 2020. – Vol. 81, № 2. – P. e16– e25. Doi: 10.1016/j.jinf.2020.04.021.
3. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 203n dated 10.05.2017 “On approval of criteria for assessing the quality of medical care”. URL: <https://www.rncrr.ru/upload/Doc/N203.pdf> (accessed: 07.07.23).
4. Order of the Ministry of Health of the Russian Federation No. 231n dated 03.19.2021 “On Approval of the Procedure for Monitoring the Volume, Timing, quality and conditions of providing medical care for compulsory medical insurance”. URL: <https://base.garant.ru/400761901> (accessed: 07.07.23).
5. Decree of the Government of the Russian Federation No. 1180-r of 16.05.2022 “List of diseases in which the use of a medicinal product is allowed outside the instructions for its use, including in children”. URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202205170014> (accessed: 07.07.23).
6. Usacheva E.V., Kulikova O.M., Svechkar P.E., Semenikhina M.V. The quality of medical care in a round-the-clock hospital in the conditions of the COVID-19 pandemic. *Siberian Scientific Medical Journal*, 2023, vol. 2, pp. 108–118. Doi 10.18699/SSMJ20230212.
7. Electronic questionnaire. URL: <https://forms.gle/G5XD5CW6aJBRwG9c9> (accessed: 11.03.2023).
8. Zheng Z., Peng F., Xu B. et al. Risk factors of critical & mortal COVID-19 cases: A systematic literature review and meta-analysis. *J Infect.*, 2020, vol. 81, no. 2, pp. e16– e25. Doi: 10.1016/j.jinf.2020.04.021.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования – филиал Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, Россия, г. Иркутск, мкр. Юбилейный, д. 100

Горбачев Владимир Ильич

*доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой анестезиологии и реаниматологии.
ORCID: 0000-0001-6278-9332, SPIN: 2188-8289*

Уткин Николай Николаевич

*аспирант кафедры анестезиологии и реаниматологии.
ORCID: 0000-0003-3180-918X*

Нетесин Евгений Станиславович

*канд. мед. наук, доцент кафедры анестезиологии и реаниматологии.
ORCID: 0000-0002-4100-5516*

Горбачева Светлана Михайловна

*д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой скорой медицинской помощи и медицины катастроф.
ORCID: 0000-0003-3235-0374*

Читинская государственная медицинская академия, Россия, г. Чита, ул. Горького, д. 39а.

Шаповалов Константин Геннадьевич

*д-р мед. наук, профессор, заслуженный врач РФ, зав. кафедрой анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии.
ORCID: 0000-0002-3485-5176, SPIN: 6086-5984*

Краевая клиническая больница № 2, Россия, г. Владивосток, ул. Русская, д. 55.

Дунц Павел Вадимович

*канд. мед. наук, зав. отделением анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии.
ORCID: 0000-0001-6950-2947*

Оренбургский государственный медицинский университет, Россия, г. Оренбург, ул. Советская, д. 6.

Ершов Вадим Иванович

*д-р мед. наук, зав. кафедрой анестезиологии и реаниматологии.
ORCID: 0000-0001-9150-0382*

INFORMATION ABOUT AUTHORS:

Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education – branch of the Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, 100, Jubileinyi mcr., Irkutsk, Russia.

Gorbachev Vladimir I.

*Dr. of Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Anesthesiology and Intensive Care.
ORCID: 0000-0001-6278-9332, SPIN: 2188-8289*

Utkin Nikolai N.

Postgraduate Student of the Department of Anesthesiology and Intensive Care. ORCID: 0000-0003-3180-918X

Netesin Evgeny S.

*Cand. of Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Anesthesiology and Intensive Care.
ORCID: 0000-0002-4100-5516*

Gorbacheva Svetlana M.

*Dr. of Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Emergency Medicine and Disaster Medicine.
ORCID: 0000-0003-3235-0374*

Chita State Medical Academy, 39a, Gorky str., Chita, Russia.

Shapovalov Konstantin G.

*Dr. of Sci. (Med.), Professor, Honored Doctor of the Russian Federation, Head of the Department of Anesthesiology and Intensive Care.
ORCID: 0000-0002-3485-5176, SPIN: 6086-5984*

Regional Clinical Hospital № 2, 55, Russkaya str., Vladivostok, Russian.

Dunts Pavel V.

*Cand. of Sci. (Med.), Head of the Department of Anesthesiology and Intensive Care.
ORCID: 0000-0001-6950-2947*

Orenburg State Medical University, 6, Sovetskaya str., Orenburg, Russia

Ershov Vadim I.

*Dr. of Sci. (Med.), Head of the Department of Anesthesiology and Intensive Care.
ORCID: 0000-0001-9150-0382*