

## БЕЗОПАСНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ: ЭЛЕМЕНТЫ СИСТЕМНОГО ПОДХОДА К ПРОБЛЕМЕ. ЧАСТЬ 2

### SURGICAL CARE OF SAFETY: ELEMENTS OF A SYSTEM APPROACH TO THE PROBLEM. PART 2

**A. Karsanov**  
**A. Kultciev**  
**S. Maskin**  
**A. Korovin**  
**T. Derbentseva**  
**O. Remizov**

*Summary.* Providing high-quality and safe surgical treatment in accordance with modern requirements is a complex, multicomponent and resource-intensive process that places special demands on the qualifications of medical personnel at all levels. The review considers the principles of improving the internal quality control and safety of medical activities in relation to the work of the surgical service. It is especially important to have the ultimate strength of the healthcare system during a period of force majeure, which includes the COVID-19 pandemic. One of the ways to do this is to stimulate the professional growth of surgeons in the direction of mastering the principles of management in clinical work.

*Keywords:* surgery, patient safety, systems approach, standardization, quality control.

**Карсанов Алан Мухарбекович**

К.м.н., доцент, ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»  
(г. Владикавказ)  
karsan@inbox.ru

**Кульчиев Ахсарбек Азубеевич**

Д.м.н., профессор, ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»  
(г. Владикавказ)  
kulchiev.ahsarbek@yandex.ru

**Маскин Сергей Сергеевич**

Д.м.н., профессор, ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»  
(г. Волгоград)  
maskins@bk.ru

**Коровин Александр Яковлевич**

Д.м.н., профессор, ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет»  
(г. Краснодар)  
kutan52@mail.ru

**Дербентцева Татьяна Викторовна**

К.м.н., доцент, ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»  
(г. Волгоград)  
TVDerbentseva@volgmed.ru

**Ремизов Олег Валерьевич**

Д.м.н., ректор ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»  
(г. Владикавказ)  
oleg\_remizov@mail.ru

*Аннотация.* Обеспечение качественного и безопасного хирургического лечения в соответствии с современными требованиями — это сложный, многокомпонентный и ресурсоемкий процесс, предъявляющий особые требования к уровню квалификации медицинского персонала всех уровней. В обзоре рассмотрены принципы совершенствования внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, применительно к работе хирургической службы. Особо актуально иметь предел прочности системы здравоохранения в период форс-мажорных обстоятельств, к которым относится пандемия COVID-19. Одним из путей к этому является стимулирование профессионального роста хирургов в направлении освоения принципов менеджмента в клинической работе.

*Ключевые слова:* хирургия, безопасность пациентов, системный подход, стандартизация, контроль качества.

## Введение

**О**беспечение качественного и безопасного хирургического лечения — это сложный, многокомпонентный и ресурсоемкий процесс, поскольку современная хирургия является не только одной из наиболее научно и технологически зависимых областей практической медицины, но и предъявляет высокие и постоянно растущие требования к уровню квалификации медицинского персонала всех уровней [1, 2].

Многообразные сферы хирургической практики объединяет то, что именно вопросы безопасности всей клинической деятельности, особенно пациентов, а в последнее время и медицинских работников, становятся второй после качества/эффективности лечения стратегической задачей [3].

По сводной статистике в развитых странах разной степени тяжести нежелательные госпитальные события случаются у каждого третьего пациента [4]. При этом одной из главных трудностей на пути преодоления архаичной практики по сокрытию подобных нежелательных, хотя порой и неизбежных, клинических событий, является коллективная незаинтересованность в четкой регистрации осложнений лечения по всему миру [5].

Это легко понять из материалов “Агентства по исследованиям в области качества здравоохранения” США (*Agency for Healthcare Research and Quality*), поскольку отчеты по подобным событиям добровольны и не имеют обязательного характера публичности. Вот почему допускается вероятность, что в реальности не регистрируется около 90% таких неблагоприятных событий [3, 5, 6].

Именно согласованный повсеместный принцип организации регистрации, анализа и разработки технологий недопущения нежелательных медицинских событий в будущем, должен быть реализован в качестве первоочередного в хирургической службе каждой медицинской организации [7–9]. Ниже мы продолжим рассматривать основные элементы системного принципа управления качеством и безопасностью современного хирургического процесса.

## Внутренний контроль качества

Говоря о понятии “безопасность пациентов” (БП), следует учитывать мировой опыт формирования этого понятия. По одной из точек зрения, БП — это раздел современной медицины и политики здравоохранения, занимающийся мониторингом и анализом негативных последствий, вызванных воздействием лечения или

применением лекарственных средств и медицинских технологий [1]. Разработка принципов повышения БП положена системами здравоохранения ведущих стран в основу повышения качества лечения [3].

Применительно к БП есть одно важное обстоятельство. Понятие качества лечения более осязаемо, поскольку предполагает достижение всеми участниками лечебного процесса, и пациентом и медицинскими работниками, общего стратегического результата. Таковым может быть, к примеру — проведение диагностического исследования, излечение от конкретного заболевания, завершение одного курса при многоэтапном лечении, как в онкологической практике, и многие другие лечебные компоненты [10]. Критерии обеспечения качественной медицинской помощи в данных случаях понимаются всеми сторонами практически одинаково [3, 5–7, 10].

Если же мы попробуем охарактеризовать категорию “безопасность пациентов”, то столкнемся с целым рядом трудностей концептуального и дефинитивного свойства. И причин этому может быть не мало. Так одним из главных препятствий к единому пониманию сущности БП является отсутствие общепринятого определения этой медицинской категории [3, 4, 7].

Второй причиной является то, что практически повсеместно в мире отсутствует стандартизованная форма отчетности и учета нежелательных медицинских событий, что может являться следствием и, в то же время, причиной искаженного понимания эпидемиологии таких явления в большинстве стран мира [1, 4, 10].

Вполне понятно, что подобное состояние приведет к перегибам в обе стороны, как в сторону недоучета, так и в сторону избыточной регистрации медицинских ошибок [4, 11]. Для нашей страны это особенно актуально, поскольку похвастаться наличием традициями и стабильной практикой регистрации нежелательных событий мы не можем [11]. В качестве наглядного примера приведем официальную частоту внутрибольничного инфицирования в РФ (23–25 тыс. случаев в год или 0,08% от общего числа госпитализаций) и в США (1,7–2,0 млн. случаев в год или 4,7–10,5% от общего числа госпитализаций в разные годы). Налицо катастрофическая ситуация с регистрацией, учетом, анализом и предотвращением подобных осложнений стационарного лечения [11].

Этому плачевному явлению довольно много причин, но одну, системную по сути, можно назвать сразу. Все дело в том, что исходно все неудачи в медицинской отрасли традиционно относили за счет издержек человеческого фактора [1, 4, 5]. В тех медицинских организа-

циях, где учет, разбор и реализация мер по устранению нежелательных событий проводились на постоянной основе, объектом корректирующих мероприятий становился медицинский работник или целое структурное подразделение, в котором подобное явление было допущено. И это было главным заблуждением, поскольку набор принятых ответных мер, например, в рамках работы врачебной комиссии по контролю качества медицинской помощи, был до последнего времени ограничен мероприятиями административного, экономического, дисциплинарного характера [5, 7, 10]. Да и эффективность такого подхода была крайне низкой, поскольку никакого существенного прогресса в практическом здравоохранении не было достигнуто, что видно на примере инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи [11].

Практика показала, что частые либо редкие, но взаимосвязанные нежелательные события (врачебные ошибки) в медицине являются проявлением системных проблем, а отнюдь не личностной профессиональной некомпетентности [5, 10]. Исправление подобной ситуации в медицинском учреждении — это задача организационно характера. В этой связи показательна точка зрения Аведиса Донабедиана (США), который, сталкиваясь с подобными явлениями в своей практической деятельности, писал: "...систематическое изучение всех значимых факторов в организации медицинской деятельности диктует необходимость формирования новой парадигмы качества, парадигмы, основанной на системном мышлении" [12].

Предполагается, что ситуация с недопущением некачественных и небезопасных действий в медицинской отрасли должна измениться с сентября 2019 г., когда вступил в силу приказ Минздрава России № 381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» [13]. Надежды эти были основаны на том, что с появлением этого приказа в нашей стране изменилась парадигма проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи и появилась законная возможность вносить организационные изменения и, как минимум, расширять значимость мероприятий образовательного характера. На смену ему с 1 января 2021 г. был издан Приказ № 785н с одноименным названием и с сохраненной содержательностью и преемственностью.

Главным значением обоих документов для реформирования отношения медицинской общественности к современной хирургической практике, по нашему мнению является то, что с их выходом устранены препятствия для реализации современной концепции менеджмента (управления) качеством лечения в хирур-

гии. Процессы разработки и имплементация лучших практик в хирургической сфере, внесения конструктивных организационных изменений в деятельность профильной службы, формирования зрелой пациент-ориентированной корпоративной культуры должны быть организационной основой перманентного прогресса в хирургии [7, 13].

Прогрессивная модель повышения качества и БП в хирургии состоит в том, что ответственность за нежелательные события вследствие медицинской деятельности должна возлагаться на структурные, процессные и оперативные недостатки системы организации функционирования всего медицинского учреждения, а не на отдельных медицинских работников или коллективы структурных подразделений [7, 10, 13].

### О роли форс-мажорных обстоятельств в хирургии

Выше были представлены направления приложения системных, организационных усилий по совершенствованию основных структурных компонентов и технологических элементов целостной системы повышения безопасности хирургической деятельности [1, 3, 5, 10]. Однако и в эту, достаточно стройную и согласованную систему организации и реализации хирургической помощи населению планеты, могут довольно неожиданно вмешаться внешние и труднопреодолимые без разработки системного подхода обстоятельства. В качестве свежего примера достаточно напомнить, какое давление испытывают системы здравоохранения абсолютно всех стран в период пандемии новой коронавирусной инфекции, что к процессу обеспечения качественной хирургической помощи относится далеко не в последнюю очередь [14].

Во всех странах существенно изменилась логистика, маршрутизация и практика оказания различных видов специализированной медицинской помощи. В этой связи далеко не всегда можно утверждать, что процесс оказания хирургической помощи не пострадал, а качество выполнения хирургических вмешательств не снизилось [15]. Кроме того, из новых глобальных реалий безопасность пациентов не могла не подвергаться повышенному риску из-за сокращения объемов плановой и значительной редукции условий и характера оказания экстренной хирургической помощи [14].

Хирургам во всех странах не привыкать работать в условиях многовекторного давления и быстро меняющейся обстановки [3, 8, 9]. Временное ограничение использования современной хирургической техники и существенное изменение кадрового состава хирургической службы, как это происходило из-за необходи-

мости срочного формирования из врачей различных специальностей сотрудников инфекционных госпиталей, не могло не сказаться негативно на качестве и безопасности хирургической помощи [14].

Как и то, что в связи с неизбежностью перераспределения функций по обеспечению неотложной хирургической помощи в субъектах Российской Федерации, изменилась маршрутизация хирургических пациентов в регионе и значительно возросла нагрузка на хирургическую службу медицинских организаций, которые традиционно не практиковали в условиях большой интенсивности неотложной медицины и в значительных объемах в “доковидный период”.

Здесь следует напомнить, что современная хирургическая помощь невозможна без использования широкого спектра разнообразных технологий и высокого уровня технического оснащения, позволяющих минимизировать физиологические последствия операционной травмы [15]. Именно фактор использования хирургическим персоналом минимально инвазивных технологий способен нивелировать высокие риски при форс-мажорных обстоятельствах. Высокая индивидуальная квалификация персонала значительно повышает “запас прочности” прогрессивной формы организации всей работы хирургической службы в подобных форс-мажорных обстоятельствах [3, 14, 15].

### Непрерывное совершенствование — залог безопасности в хирургии

Наименее прогнозируемые и трудноустраняемые нежелательные события в медицине становятся результатом отнюдь не халатности или плохой подготовки медицинского персонала, а латентных системных причин [1, 4, 5]. Хотя проявляются подобные дефекты в клинической работе именно при искажении элементарных технических навыков представителями медицинского персонала [1, 3, 5, 10, 15]. Можем ли мы что-нибудь этому противопоставить, основываясь на современном понимании генеза “медицинских ошибок” в хирургии?

Среди основных принципов по предупреждению и адекватному купированию нежелательных клинических событий в хирургии должны быть следующие положения [3, 5, 10, 15, 16]:

- ◆ обеспечение безопасности хирургических пациентов должно стать генеральной целью и критерием профессиональной пригодности руководителей отдельных медицинских организаций (хирургических служб) и профессионального хирургического сообщества в целом;
- ◆ ключевой технологический принцип обеспечения высокого качества и максимально возможно-

го уровня безопасности хирургического лечения состоит в том, чтобы действия всех участников оказания хирургической помощи в медицинской организации были стандартизированы, согласованы между собой, контролируемы и управляемы в реальном режиме времени;

- ◆ должна быть сформирована культура безопасности хирургической деятельности, базирующаяся на понимании значимости системных изменений не только в базовом образовательном процессе, но и в абсолютной необходимости непрерывного повышения специальных компетенций на рабочем месте, например в виде регулярных коротких курсов обучения или в постоянном надзоре подготовленных супервайзеров;
- ◆ постоянной сферой управленческого интереса руководителей всех уровней должна быть проблема эмоционального (профессионального) выгорания медицинских работников, решение которой лежит в плоскости создания многоэтапного, системного механизма по защите наших коллег, а значит и наших пациентов, от последствий этого синдрома;
- ◆ технологии управления хирургическим персоналом должны быть направлены на устранение причин профессионального выгорания и, как следствие, — на скрытые, глубинные несоответствия между ценностями отдельных сотрудников и требованиями развивающейся хирургической службы.

Все выше перечисленное как целостная система повышения безопасности хирургического лечения пока не является предметом пристального профессионального интереса хирургов и организаторов хирургической службы, а сами эти системные принципы повышения качества и безопасности профессиональной деятельности недостаточно отражены в подавляющем большинстве образовательных программ по специальности “хирургия”. Вот почему назрела необходимость расширить область профессионального совершенствования хирургов в направлении освоения принципов менеджмента (управления) в клинической работе [15, 16].

### Заключение

На современном этапе своего непрерывного развития хирургия как область необходимой человечеству научно-практической деятельности пока не избавилась от довольно высоких рисков нежелательных клинических событий. Хотя наши коллеги по всему миру очень пристально изучают эпидемиологию и факторы риска сопутствующих хирургическому лечению негативных последствий, формируя разнообразные по на-

правлению основных усилий превентивные стратегии недопущения подобных явлений, эмфазой крайне высокого риска в хирургии остается такое неприятное всем определение, как “врачебная ошибка”.

В результате пристального внимания законодатель, отраслевых регуляторов, профессионального хирургического сообщества и пациентских организаций актуальность разработки технологий недопущения и нивелирования последствий нежелательных событий в хирургии выйдет на одно из первых мест по своей значимости. Ведущая роль в этом процессе должна принадлежать самим хирургам и нашим коллегам анестезиологам-реаниматологам, поскольку обеспечение безопасности периоперационного периода — это проблема хоть и комплексная, но вполне научно объяснимая и эффективно изучаемая. Это наиболее точно вытекает из лаконичности определения понятия, введенного академиком А.А. Бунятыном: “операционно-анестезиологический риск”.

Помимо этого, в рядах экспертов сейчас актуально начать обсуждение действующих принципов т.н. “профессиональной иерархии”. Ни для кого не секрет, что качество и умелая расстановка имеющихся у руководителя медицинской организации руководящих хирургических кадров, могут иметь решающее значение для успешных перспектив всего учреждения здравоохранения. И это с учетом того, что про высокую текучесть управленческого кадрового состава в отрасли сказано в последнее время достаточно много негативного.

Для медицинской отрасли будет не лишним обратиться к принципу “меритократии”, поскольку это универсальный принцип современного управления в претендующей на прогресс сфере деятельности человека, согласно которому руководить должен наиболее достойный и заслуживший это право своими профессиональными результатами. Тем более в хирургии, где претендовать на руководство профильной службой или структурным подразделением должен лишь специалист с навыками лидера в широком и прогрессивном понимании.

Высокий уровень самостоятельности интеллекта для руководителя хирургической службой абсо-

лютно необходим. В практической работе это условие важно для того, чтобы создать в медицинской организации эффективно функционирующий механизм наименее регламентированного отраслевым регулятором направления профилактики медицинских неудач — риск-менеджмента. Другим важным показателем профессиональной компетентности лидеров хирургического мнения является умение управлять вверенным ему персоналом. Никколо Макиавелли писал: “...*тот, кто хочет, чтобы ему подчинялись, должен уметь командовать*”.

Мы вкладываем в умение управлять коллективом способность ставить новые, но достижимые задачи. Здесь задачи руководителя более разнообразны, но имеет смысл начать с обсуждения в коллективе и осознания специалистами двух важных метакогнитивных феноменов: эффекта Даннинга–Крюгера и закона Йеркса–Додсона.

В первом из них заложено, что “...образованные люди полны сомнений, а неучи полны уверенности”. С повышением уровня понимания проблемы человеком, его мнение о собственной компетентности в данном вопросе снижается до того момента, пока он не станет действительно профессионально оценивать вопрос и далее самооценка справедливо повышается.

Согласно второму — наилучшие результаты достигаются при среднем (оптимальном) уровне мотивации человека. Стоит его “недомотивировать” или чрезмерно побуждать к росту производственных результатов и ожидаемого улучшения качества и безопасности хирургической деятельности не будет. Во втором же случае, что еще пагубнее, можем вызвать у сотрудников рост эмоционального выгорания.

Таким образом, хирургическая деятельность вряд ли когда-нибудь станет абсолютно безопасной, но на пути к безопасности клинической деятельности хирургическая служба каждой медицинской организации должна все время улучшаться. Именно повышение уровня организации всей хирургической клиники является потенциальным залогом роста безопасности наших пациентов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Безопасность пациента / пер. с англ. под ред. Е.Л. Никонова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 174 с.
2. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Трошина Е.А. и др. Объемные образования надпочечников (диагностика и дифференциальная диагностика). Методические рекомендации для врачей, оказывающих специализированную медицинскую помощь (сокращенный вариант) // *Consilium medicum*. — 2009. — № 12. — С. 76–94.
3. Stahel P.F., Mauffrey C., Butler N. Current challenges and future perspectives for patient safety in surgery // *Patient Saf. Surg.* — 2014. — № 8. — P. 9. DOI: org/10.1186/1754-9493-8-9

4. Makary M.A., Daniel M. Medical error — the third leading cause of death in the US // *BMJ*. — 2016. — № 353. — P. 2139.
5. Повышение качества медицинской помощи и безопасности пациентов в медицинских организациях: наглядное руководство / Под. ред. Панисар С.С. и др. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 160 с.
6. Бельцевич Д.Г., Солдатова Т.В., Кузнецов Н.С. и др. Дифференциальная диагностика инцидентом надпочечников // *Проблемы эндокринологии*. — 2011. — № 6. — С. 3–8.
7. Мурашко М.А. Качество медицинской помощи: пора меняться // *Вестник Росздравнадзора*. — 2017. — № 1. — С. 10–21.
8. Быков А.В., Мяконький Р.В., Петров А.В., Панкратов А.И. Аппендэктомия как предиктор профессионализации начинающего хирурга в условиях экстренной хирургии // *Альманах Института хирургии им.А.В. Вишневского*. — 2017. — № 3. — С. 132.
9. Полянцева А.А., Мяконький Р.В. Историческая связь русской и немецкой хирургии // *Вестник Гипократа*. — 2006. — № 1. — С. 79
10. Ройтберг Г.Е., Кондратова Н.В. Медицинская организация по международным стандартам качества: практическое руководство по внедрению. М.: МЕДпресс-информ, 2018. 150 с.
11. Яковлев С.В., Суворова М.П., Белобородов В.Б. и др. Распространенность и клиническое значение нозокомиальных инфекций в лечебных учреждениях России: исследование ЭРГИНИ // *Антибиотики и химиотерапия*. — 2016. — №№ 5–6. — С. 32–42.
12. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care // *Milbank Memorial Fund Quarterly*. — 1966. — № 3. — P. 166–206.
13. Мурашко М.А., Серегина И.Ф., Иванов И.В. и др. Новые требования к медицинским организациям по проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности: содержание, цели, перспективы // *Вестник Росздравнадзора*. — 2019. — № 6. — С. 7–14.
14. Федоров А.В., Курганов И.А., Емельянов С.И. Хирургические операции в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19) // *Хирургия*. — 2020. — № 9. — С. 92–101.
15. Карсанов А.М., Полунина Н.В., Гогичаев Т.К. Безопасность пациентов в хирургии. Часть 1: концептуальные основы проблемы // *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. — 2018. — № 4. — С. 47–55.
16. Карсанов А.М. Система менеджмента качества и безопасность пациента в хирургии // *Вестник Росздравнадзора*. — 2017. — № 6. — С. 52–56.

© Карсанов Алан Мухарбекович (karsan@inbox.ru), Кульчиев Ахсарбек Агубеевич (kulchiev.ahsarbek@yandex.ru), Маскин Сергей Сергеевич (maskins@bk.ru), Коровин Александр Яковлевич (kuman52@mail.ru), Дербенцева Татьяна Викторовна (TVDerbentseva@volgmed.ru), Ремизов Олег Валерьевич (oleg\_remizov@mail.ru).  
Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»



г. Владикавказ