

МЕЖДУНАРОДНЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ СИТУАЦИИ, СВЯЗАННОЙ С ОБЕСПЕЧЕНИЕМ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТА ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

М.И. АБДИБЕКОВ

Республиканская детская клиническая больница «Аксай» МЗ РК

Системы здравоохранения во всем мире, при всем их многообразии, по сути, были созданы и существуют для единой цели – сохранение и улучшение состояния здоровья населения. Сегодня главным требованием к системе здравоохранения стало предоставление качественной медицинской помощи, обеспечивающей безопасность пациентов.

Под термином «Безопасность пациентов» понимают отсутствие случаев непреднамеренного нанесения вреда в процессе оказания медицинской помощи или вследствие медицинских ошибок. Например, Национальное агентство по безопасности пациентов Великобритании определяет это понятие как процесс обеспечения безопасности при оказании медицинской помощи. Департамент здравоохранения Великобритании детерминирует побочный эффект (adverse effect) как «случай или упущение, возникшее при оказании медицинской помощи, которое нанесло вред физическому или психологическому состоянию пациента». В Канаде под побочным эффектом понимают непреднамеренное нанесение вреда пациенту или другое осложнение, возникшее при оказании медицинской помощи, которое привело к увеличению продолжительности лечения, потере трудоспособности или смерти. Институт медицины США интерпретирует медицинскую ошибку как недостаточность запланированного действия для достижения намеренной цели или использование ошибочного плана.

Необходимо учитывать, что в настоящее время с увеличением объемов внедрения новых технологий при оказании медицинской помощи в Республике Казахстан, а также информации, необходимой при принятии клинического решения в условиях многочисленных междисциплинарных взаимодействий, могут приводить к случаям осложнений и техническим ошибкам в процессе оказания медицинской помощи.

В 1991 году были опубликованы результаты Гарвардского исследования медицинской практики, в котором впервые было обращено внимание на угрожающую высокую частоту ошибок при лечении. В 2002 году государства-члены ВОЗ приняли резолюцию Всемирной ассамблеи здравоохранения по безопасности пациентов. К критериям качества медицинской помощи относятся безопасность, которая подразумевает под собой безопасность медицинской услуги для жизни, здоровья, имущества пациента при обычных условиях ее оказания с учетом обоснованного риска, а также соблюдение технологии при ее оказании.

В 2004 году ВОЗ учредила всемирный альянс по обеспечению безопасности пациентов. Создание всемирного альянса за безопасность пациента – значительный шаг всех стран-участниц на пути повышения безопасности при оказании медицинской помощи.

Разработанная программа охватывает 6 направлений:

- обеспечение безопасности пациентов;
- вовлечение пациентов и потребителей;
- развитие таксономии безопасности пациентов;
- исследование в области безопасности пациентов;
- решения по снижению риска и повышению безопасности пациентов

– отчетность и обучение в целях повышения безопасности пациентов.

По критериям ВОЗ, для признания медицинской помощи качественной, она должна включать три основных компонента:

- адекватность – как показатель соответствия фактически оказанной помощи потребностям и ожиданиям населения;
- экономичность – как показатель эффективности использованных средств;
- научно-технический уровень – современность применяемых методов лечения, диагностики, профилактики.

Европейское бюро ВОЗ в рекомендациях по оценке качества медицинской помощи дополнительно указало на необходимость при решении данной проблемы учитывать риск для пациента (безопасность) и удовлетворенность пациента от взаимодействия с медициной.

В итоге было сформулировано следующее определение: «Качество медицинской помощи – это содержание взаимодействия врача и пациента, основанное на квалификации профессионала, т.е. его способности снижать риск прогрессирования имеющегося у пациента заболевания и возникновения нового патологического процесса, оптимально использовать ресурсы медицины и обеспечивать удовлетворенность пациента от его взаимодействия с медицинской подсистемой».

Неблагоприятные реакции могут наступать в результате каких-либо проблем, связанных с практикой, продуктами, процедурами или системами. Для улучшения безопасности пациентов необходимы комплексные усилия в рамках всей системы, включая широкий ряд мероприятий по улучшению результатов деятельности, в том числе инфекционный контроль, безопасное использование лекарственных средств, безопасность оборудования, безопасную клиническую практику и безопасные условия для оказания помощи.

Инфекции при оказании медицинской помощи трудно исключить полностью. Тем не менее, была доказана эффективность нескольких доступных по стоимости, простых и эффективных стратегий для сокращения бремени заболеваемости как в развитых, так и развивающихся странах.

Разработанные ВОЗ стратегии решают проблему риска в таких областях, как препараты крови и их использование; практика инъекций и иммунизации; безопасное водоснабжение, основные санитарные условия и удаление отходов; клинические процедуры, особенно при оказании помощи на первичном уровне неотложной помощи.

Глобальная задача по обеспечению безопасности пациентов охватывает стратегию развития здравоохранения и содействует внедрению особых мер и видов вмешательства, которые оказывают непосредственное воздействие на инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи, и безопасность пациентов.

Один из главных путей повышения безопасности пациентов состоит в использовании клинических информационных систем, снабженных механизмами поддержки врачебных решений. Наличие такого механизма при назначении врачом препаратов непосредственно через систему позволяет избежать ошибок, вызванных несо-

вместимостью назначаемых препаратов, их побочным действием, непереносимостью препаратов пациентом и т. д. Именно механизмы поддержки принятия врачебных решений, использование которых приводит к повышению безопасности пациентов, являются главной особенностью клинических информационных систем нового поколения. Такие системы должны предоставлять удаленный доступ к исчерпывающей информации о лечении и обследовании пациентов, должны быть максимально простыми в обучении и удобными в использовании, должны обеспечивать высокую скорость работы.

Эффекты, достигаемые при внедрении системы нового поколения:

- Повышение качества лечения
- Повышение безопасности пациентов
- Рационализация расходов на лечение пациентов.

Есть и другие важные эффекты, например, для академических клиник существенно, что при внедрении такой системы облегчается проведение проспективных рандомизированных исследований доказательными данными, признаваемых научным медицинским сообществом.

Факторы, приводящие к повышению качества лечения при внедрении клинической информационной системы, сгруппированы в таблице. Главная причина такого влияния – сетевая технология лечебно-диагностического процесса, являющаяся базовой составляющей клинической информационной системы. Свойства этой технологии изменяют в лучшую сторону процессы диагностики, лечения, а также облегчают контроль лечебно-диагностического процесса со стороны администрации больницы.

Именно необходимость повышения безопасности пациентов привела к началу распространения клинических информационных систем нового поколения. Было показано, что после внедрения больницей такой системы количество ошибок, допускаемых врачами при назначении препаратов, уменьшается более чем в 2 раза. Это достигается за счет того, что система при назначении врачом каждого препарата проверяет его совместимость с назначенными ранее препаратами, проверяет наличие в анамнезе пациента аллергических реакций, наличие аномальных показателей выполненных обследований и сигнализирует врачу об обнаруженных эффектах.

По результатам опроса, описанным в публикации R. J. Blendon, более 30 процентов врачей сообщили, что они или члены их семей испытали на себе врачебные ошибки, то же самое сообщили более 40% опрошенных людей других специальностей.

Ошибки, связанные с неразборчивостью рукописных записей в листах назначений, названия препарата, дозы, кратности и пути введения, исключаются при внедрении системы на 100%.

Система позволяет избежать избыточных обследований, уменьшает время реакции врача на вновь выполненное обследование, сообщает врачу о выходе измеренных лабораторных показателей за границы нормы. Однако показано, что вследствие рационализации расходов на лечение, достигаемой после внедрения системы нового поколения, затраченные на ее внедрение средства окупаются примерно за полтора года. В таблице перечислены основные механизмы, приводящие к более рациональному расходованию средств на лечение пациентов.

Республика Казахстан не является исключением. В Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, утвержденной Указом Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года №1113, указано: для обеспечения качества и безопасности медицинской помощи будут внедрены современные

технологии организации оказания диагностических, лечебных, реабилитационных и профилактических услуг, эффективность и безопасность которых (при конкретных заболеваниях или патологических состояниях) подтверждена принципами доказательной медицины. Будет усовершенствована система управления качеством на уровне медицинской организации (внутренний аудит) и продолжена работа по повышению качества клинической практики, внедрению системы оценки медицинских технологий (на основе стандартизации, внедрения принципов доказательной медицины), развитию сервиса и пациент-ориентированных технологий.

Таким образом, оценка безопасности пациента при оказании медицинской помощи является обязательной для всех учреждений здравоохранения и должна проводиться с учетом международных критериев. Полученные результаты после стандартной статистической обработки позволят администрации ЛПУ выявить проблемные участки технологических медицинских процессов и своевременно принять меры по профилактике осложнений, связанных с оказанием медицинской помощи. Устранение рисков развития побочных эффектов, обусловленных дефектами диагностики и лечения, существенно улучшит результаты, будет способствовать снижению затрат и в целом повысит качество медицинской помощи.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Власов В.В. Введение в доказательную медицину. М., 2001;
2. Вялков А.П., Кучеренко В.З., Райзберг Б.А. и др. Управление и экономика здравоохранения. 3-е изд., доп. – М.: ГЭОТАР. Медиа, 2009;
3. Вялкова А.И., Кучеренко В.З. Клинический менеджмент / М: Медицина, 2006;
4. Кучеренко В.З. Организация и оценка качества лечебно-профилактической помощи населению: Учеб. пособие. ГЭОТАР Медиа, 2008;
5. Сорокина Н.В. 5. Шишкина И.Б., Вардосанидзе С.Л. Проблемы безопасности пациентов в современном здравоохранении. – М., 2006;
6. Программа ВОЗ по обеспечению безопасности пациентов. Доклад Секретариата 4 мая 2006 года. Материалы ВОЗ;
7. Качество медико-санитарной помощи: безопасность пациентов WHA55. 18, 18 мая 2002 г. Материалы ВОЗ;
8. Качество медико-санитарной помощи: безопасность пациентов. Доклад Секретариата 23 марта 2002 года. Материалы ВОЗ;
9. Лондонская декларация за безопасность пациентов. 17 января 2006 года. Материалы ВОЗ.

ТҰЖЫРЫМ

МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУ КЕЗІНДЕ ПАЦИЕНТТЕРДІҢ ҚАУІПСІЗДІГІН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУГЕ БАЙЛАНЫСТЫ ЖАҒДАЙЛАРДЫ БАҒАЛАУДЫҢ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ЖОЛДАРЫ

М.И. Әбдібеков

ҚР ДСМ «Ақсай» республикалық клиникалық балалар ауруханасы

Мақалада медициналық көмек көрсету кезінде пациенттердің қауіпсіздігін қамтамасыз етудің халықаралық жолдары қарастырылған. Жанама әсерлердің анықтамасы берілген. Пациенттер қауіпсіздігі бойынша Дүниежүзілік денсаулық сақтау ассамблеясы резолюциясының тармақтары қорытындыланды. Медициналық көмек көрсету кезінде пациенттер қауіпсіздігін бағалау барлық денсаулық сақтау мекемелері үшін міндетті болып саналады және халықаралық критерийлерді ескере отырып жүргізілуі керек. Стандарттық статистикалық өңдеуден кейін алынған нәтижелер Емдеу-алдын алу мекемелерінің әкімшілігіне технологиялық медициналық процестердің проблемалық жерлерін анықтап және дер кезінде медициналық көмекке байланысты асқынулардың алдын алу бойынша шаралар қолдануға мүмкіндік береді.

Диагностика және емдеу ақауларынан болған жанама әсерлердің даму қауіпін жою, нәтижені айтарлықтай жақсартады, шығынды азайтады және тұтасымен алғанда медициналық көмек сапасын көтереді.

SUMMARY

THE INTERNATIONAL METHODS TO THE SITUATION ASSESSMENT CONNECTED WITH SAFETY OF THE PATIENT DURING MEDICAL AID RENDERING

M.I. Abdibekov

*«Aksai» State Children's Hospital,
Healthcare Ministry of RK*

The international methods to patient's safety during medical aid rendering are considered in the article. There are

provided definitions of the side effect. Resolutions items of the World assembly of public health services on patient's safety are generalized. The safety estimation of the patient during medical aid rendering with taking into account the international criteria is recommended for all public health care institutions. The received results after standard statistical processing allow administration of health care institutions to reveal problem points of technological medical processes, to define timeliness of actions acceptance on preventive prophylaxis of complications connected with medical aid rendering. The risks elimination of the side effects development caused by diagnostics and treatment defects essentially improves results and promotes decrease in expenses and quality improvement of medical aid rendering.

ОНКОЛОГИЯ

ПРИНЦИПЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ НОСОГЛОТКИ

С.П. АРИНОВА

*Карагандинский государственный медицинский университет,
Областной медицинский центр, г. Караганда*

В последние годы установлен рост заболеваемости злокачественными опухолями ВДП. Злокачественные опухоли глотки составляют 0,35-1,3% всех опухолей, при этом 40-45% указанных опухолей приходится на носоглотку [1, 2, 3]. Согласно данным авторов, 70-80% больных лечение опухолей носоглотки начинают в III-IV стадиях заболевания, при этом среднестатистический срок обследования больных до установления окончательного диагноза составляет 7 месяцев [2].

Причинами поздней диагностики рака носоглотки являются: длительное бессимптомное течение, анатомо-топографические особенности строения носоглотки, несовершенство традиционных, широко применяемых диагностических методов, трудности в интерпретации визуальных картин опухолевой и неопухолевой патологии, низкая онкологическая настороженность врачей общей сети, неукомплектованность кадрами оториноларингологов поликлиник, отсутствие необходимых диагностических навыков и должного клинического опыта для правильной оценки состояния ЛОР-органов у врачей поликлинического звена, отсутствие должной преемственности в обследовании больных, невладение техникой биопсии и цитологических исследований, острый дефицит инструментов для этих исследований [2, 3, 4, 5].

Известно, какое большое значение имеет ранняя диагностика опухолей ВДП. Только при этом условии можно достигнуть 80-90% пятилетних излечений и сохранить функцию органа.

Больные впервые обращаются не к онкологам, а к оториноларингологам поликлиники. Поэтому раннее распознавание злокачественных новообразований врачами поликлинической сети – основное условие улучшения помощи этой тяжелой категории больных.

Злокачественные опухоли носоглотки наблюдаются у лиц старше 50 лет. Саркомы и лимфоэпителиомы встречаются в более молодом возрасте, чем рак. У мужчин злокачественные опухоли носоглотки наблюдаются в 3-4 раза чаще, чем у женщин. В ранних стадиях протекают почти бессимптомно. В самом начале отмечается лишь

привычка «очистить глотку» – подсознательная попытка освободиться от раздражающей секреции. В дальнейшем, появление тех или иных симптомов зависит от локализации, размеров опухоли, направления роста. В связи с малой симптоматикой, трудностью выявления маленькой опухоли, особенно растущей подслизисто в глубоких отделах носоглотки, по данным большинства авторов, диагноз ставится не раньше, чем через 8-10 месяцев после появления первых симптомов.

Для опухолей экзофитно растущих из области свода носоглотки (чаще всего саркома, особенно лимфосаркома) наиболее характерным симптомом является затруднение носового дыхания, постепенно нарастающее с присоединяющимися кровянистыми выделениями. Опухоль большей частью покрыта неизменной слизистой оболочкой и частично прикрывает хоаны. При эндофитно-язвенных опухолях, с присущей им локализацией на задней стенке или в области розенмюллеровой ямки, ведущими симптомами является постепенное прогрессирующее одностороннее снижение слуха, выделения из носа, умеренная головная боль. Часто первыми симптомами бывают метастазы в шейные лимфатические узлы, они в порядке начального симптома встречаются в 84% случаев. Вторым по частоте симптомом являются носовые кровотечения. Затем следуют ушные, дыхательные и офтальмо-неврологические симптомы.

Для своевременного и правильного диагноза необходимы тщательно собранный анамнез, исследование носоглотки, КТ, цитологическое исследование и, наконец, биопсия. При отрицательном результате, но обоснованном подозрении на опухоль биопсию следует неоднократно повторять. Исследование носоглотки должно проводиться при всех евстахеитах, затянущихся катаральных отитах, выделениях из носа, особенно кровянистых, с отсутствием выраженной патологии носа, при увеличении лимфатических узлов шеи с невыясненной этиологией.

Приводим клинические наблюдения

Наблюдение: **Больной А., 1982 г.р.**, находился на стационарном лечении в лор-отделении с 31.03.09 по 08.04.09 г.