

снабжения и гипоксии, что в дальнейшем может стать предпосылкой развития различных патологических процессов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мальцева, Н. Г. Влияние стрессорных факторов на состояние сосудов микроциркуляторного русла сердца крыс / Н. Г. Мальцева, И. Л. Кравцова // Проблемы здоровья и экологии. — 2013. — № 3 (37). — С. 94–97.
2. Мальцева, Н. Г. Изменения структуры миокарда под воздействием инкорпорированного ¹³⁷Cs и гипокинезии / Н. Г. Мальцева, Т. Г. Кузнецова // Медицинский журнал. — 2008. — № 2. — С. 50–52.
3. Мальцева, Н. Г. Компенсаторно-приспособительные реакции миокарда при гипокинезии и влиянии инкорпорированных радионуклидов / Н. Г. Мальцева, Т. Г. Кузнецова, Э. В. Туманов // Морфология. — 2009. — № 5. — С. 46–49.
4. Непомнящих, Л. М. Регенераторно-пластическая недостаточность сердца: Морфологические основы и молекулярные механизмы / Л. М. Непомнящих, Е. Л. Лушникова, Д. Е. Семенов; под ред. Л. М. Непомнящих. — М.: РАМН, 2003. — 255 с.
5. Сапожников, А. Г. Гистологическая и микроскопическая техника: руководство / А. Г. Сапожников, А. Е. Доросевич. — Смоленск: САУ, 2000. — 476 с.

УДК 614.256:617-089-083.98

ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ ФАКТОР В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ

Корневский Д. С.

Научный руководитель: м.м.н. *О. Г. Дроздовская*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Несмотря на улучшение в современных условиях клинических и технических возможностей анестезиологии и хирургии, риск для больных сохраняется. Каждый год отмечаются осложнения и летальные исходы, связанные с работой анестезиологов и хирургов. Эти специальности занимают особое место среди всех направлений медицинской деятельности. С одной стороны, они призваны спасти больного, с другой — их деятельность связана с применением потенциально опасных для жизни препаратов и манипуляций, чреватых нанесением вреда больному. В связи с этим проблема качества оказания анестезиологического пособия при оперативных вмешательствах, обеспечение безопасности больного остаются актуальными и в наше время [1]. Ежегодно хирургическому вмешательству подвергаются около 230 млн человек, из них 10 млн — в связи с беременностью и родами, 60 млн — в связи с различными травмами. Послеоперационная летальность составляет от 0,4 до 10 %, и варьирует от 1:185 000 в развитых странах с высоким уровнем подготовки специалистов и оптимальным материально-техническим обеспечением до 1: 150 случаям в регионах, где достижение современных медицинских стандартов невозможно [2]. Тяжелые послеоперационные осложнения наблюдаются у 3–25 % больных, оперированных в условиях стационара. Они ухудшают качество жизни больных, приводят к дополнительным финансовым затратам, нередко к инвалидизации и летальному исходу. Вместе с тем многие из смертельных исходов и тяжелых осложнений являются следствием врачебных ошибок, и их можно было бы предотвратить. В США ежегодно из-за врачебных ошибок погибают от 44 до 98 тыс. человек [2]. В Германии жертвами врачебных ошибок становится от 30 до 80 тыс. человек в год, из них 8 % ошибок заканчиваются летальным исходом [2]. Анализ причин показывает, что от 70 до 80 % несчастных случаев происходят по причине воздействия человеческого фактора.

Цель

Изучить причины возникновения человеческого фактора в профессиональной деятельности врачей-анестезиологов-реаниматологов, врачей-хирургов и среднего медицинского персонала операционной, так же изучить мероприятия, предложенные исследуемыми, по минимизации вероятности возникновения данных причин путем анкетирования медицинского персонала.

Материал и методы исследования

Исследование было проведено на базе стационаров г. Гомеля. Общее число опрошенных составило 70 человек. В зависимости от стажа работы по специальности исследуемые

(n = 70) были распределены на следующие группы: I группа — средний медицинский персонал (n = 13, что составляло 18,57 % исследуемых); II группа — врачи интерны-анестезиологи-реаниматологи и хирурги (n = 12 (17,14 %)); III группа — врачи анестезиологи-реаниматологи и хирурги со стажем работы по специальности до 9 лет (n = 29 (41,43 %)); IV группа — врачи анестезиологи-реаниматологи и хирурги со стажем работы по специальности от 10 до 19 лет (n = 10 (14,29 %)); V группа — врачи анестезиологи-реаниматологи и хирурги со стажем работы по специальности 20 и более лет (n = 6, что составляло 8,57 % исследуемых). Исследуемые подверглись опросу через анкету, в которой были предложены самые частые причины возникновения человеческого фактора в ургентной хирургии [3], а так же исследуемым было предложено самим кратко изложить мероприятия для минимизации влияния человеческого фактора.

Результаты исследования и их обсуждение

Исходя из результатов анкетирования 60 % опрошенных согласны с утверждением, что ошибки по вине человеческого фактора в экстренных ситуациях иногда могут иметь место.

Пункт об отсутствии лидера или множества их, как опасный фактор в экстремальной ситуации, когда персонал не знает какие действия предпринять или же из-за множества разных команд не может определить их приоритет, был отмечен 58,33 % опрошенными в I группе; 41,67 % во II группе; 31,03 % в III; IV и V группа опрошенных не отметили данный пункт в анкете. Нехватка знаний, в сложившейся ситуации была выбрана 23,07 % опрошенных в I группе, 58,33 % во II группе, 41,38 % в III группе, 10 % в IV группе, в пятой исследуемой группе данный пункт не был выбран никем из опрошенных.

Неверное осознание ситуации при отсутствии объективных данных или же при неверно понятой информации о происходящем отметили 7,69 % опрошенных в I группе, 50 % во II группе, 72,41 % в III группе, 80 % в IV группе, в пятой исследуемой группе данный пункт был отмечен 83,33 % опрошенных.

Пункт о чувстве нахождения себя под давлением, когда персонал знает, что нужно предпринять, но авторитет вышестоящего лица не позволяет ему следовать собственной точке зрения, был отмечен 15,38 % опрошенных в I группе, 51,72 % во II группе, 21,72 % в III группе, в четвертой группе и пятой исследуемых группах данный пункт не был выбран никем из опрошенных.

Проблемы в коммуникации сочли важной причиной ошибок в операционной 76,92 % опрошенных в I группе, 66,66 % во II группе, 75,86 % в III группе, 20 % в IV группе, в пятой исследуемой группе — 33,33 %. Усталость и стресс являются постоянными факторами риска, которые значительно влияют и неблагоприятно сказываются на принятии решений в операционной. 100 % опрошенных отметили оба фактора.

Нехватка материальных ресурсов отмечена 46,15 % опрошенных в I группе, 50 % во II группе, 13,79 % в III группе, 50 % в IV группе, в пятой исследуемой группе — 33,33 %.

Пункты «неуверенность в себе» и «неспособность принять решение», предложенные в анкете выбрали 38,46 % опрошенных в I группе, 83,33 % во II группе, 10,34 % в III группе. IV и V исследуемой группой данные пункты были проигнорированы.

Среди мер, позволяющих предотвратить ошибки, ассоциированные с человеческим фактором, активно предлагались следующие:

1. Обучение на тренажерах с моделированием экстремальных ситуаций.
2. Мероприятия по повышению нетехнических навыков (таких как когнитивные, социальные и личностные ресурсы, которые дополняют технические умения и вносят существенный вклад в обеспечение безопасности и эффективного выполнения задания).
3. Повышение уровня знаний и системного мышления.
4. Улучшение материально-технической базы.
5. Борьба со стрессом и усталостью.

Выводы

Большая часть опрошенных согласилась с утверждением, что ошибки в оказании медицинской помощи по вине персонала могут случаться. Согласно предложенным вариантам причин возникновения человеческого фактора, который может повлиять на качество оказываемой

медицинской помощи, все опрошенные вынесли на первый план усталость и стресс. Среди молодых врачей и среднего медперсонала превалирует мнение о влиянии на работу психологических компонентов, таких как неуверенность в себе, неспособность принять решение и нахождение под давлением более опытных специалистов. Существенно на осуществляемую деятельность, по мнению молодых врачей и среднего медперсонала, влияет нехватка знаний и опыта. Многие из опрошенных сочли важным отметить проблемы в коммуникации, влекущие за собой неверное понимание информации о происходящем. Проблема оснащения так же остается актуальной.

ЛИТЕРАТУРА

1. Евдокимов, Е.А. Безопасность больного в анестезиологии / Е. А. Евдокимов, В. В. Лихванцев, В. Л. Виноградов // Анестезиология и реаниматология. — 2009. — № 3. — С. 4–9.
2. Human performance and patient safety / R. Miller [et al.] // Anesthesia. — Philadelphia: Elsevier, 2015.
3. Вильсон, Я. Н. Безопасность хирургического вмешательства «Anesthesiologists' nontechnical skills» — контрольный лист ВОЗ / Я. Н. Вильсон, И. Уолкер // Update in anesthesia. — 2009. — Вып. 14. — С. 5–6.

УДК 616-089:615]:579

ВИДОВАЯ СТРУКТУРА И АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ МИКРОФЛОРЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Корневский Д. С., Апанович В. Г.

Научные руководители: к.м.н., доцент *В. М. Майоров*

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Во всем мире отмечается рост устойчивости возбудителей гнойно-септических инфекций (ГСИ) к антибактериальным препаратам; этим явлением, которое является естественным биологическим ответом на широкое и нерациональное использование антимикробных препаратов, обусловлены тяжелое течение нозокомиальных инфекций и трудности в их терапии. Высокий уровень резистентности возбудителей гнойно-септических инфекций к антибиотикам имеет огромное социальное и экономическое значение. В США ежегодно 1,7 млн случаев внутрибольничных инфекций приводят или сопутствуют 99 тыс. смертей. В европейских странах смертность от внутрибольничных инфекций составляет 25 тыс. ежегодно. В 2011 г. был проведен Всемирный день здоровья, посвященный борьбе с распространением резистентности микроорганизмов к антибактериальным препаратам под девизом «Если не принять меры сегодня, нечем будет лечить завтра» [3]. Для сдерживания резистентности микроорганизмов и рационального назначения антибактериальных препаратов планирование политики антибиотикотерапии в учреждении здравоохранения целесообразно опираться на научно обоснованные данные мониторинга устойчивости микроорганизмов, вызывающих гнойно-септические инфекции у пациентов, проживающих в конкретной местности и получающих антибиотикотерапию в специализированных отделениях стационара [3].

Цель

Изучение этиологической структуры и антибиотикорезистентности микроорганизмов, выделенных от больных в хирургическом отделении стационара.

Материал и методы исследования

Клинический материал от пациентов, находящихся на лечении в хирургическом отделении, забирали в соответствии с общепринятыми правилами (мазок из раны, транспортировался в среде Амиеса с углем). Далее производился посев на среды Эндо, ЖСА, кровяной агар, Сабуро и жидкую накопительную среду (0,5 % сахарный бульон). Определение антибиотикочувствительности идентифицированных микроорганизмов проводили диско-диффузионным методом на среде Мюллер — Хинтонагар. Верификацию видовой принадлежности выделенных микроорганизмов и подтверждение антибиотикочувствительности