

© Коллектив авторов, 2016
УДК 616-089.163/.168

А. Л. Акопов, Г. Т. Бечвая, А. А. Абрамян, Е. В. Лоцман

ХИРУРГИЧЕСКИЙ ОПРОСНИК БЕЗОПАСНОСТИ: ОТ ИДЕИ К ПРАКТИЧЕСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ

ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» Минздрава России (ректор — академик РАН проф. С. Ф. Багненко)

Ключевые слова: чек-лист, врачебная ошибка, хирургические осложнения

Введение. Объем ежегодно проводимых во всем мире хирургических вмешательств составляет около 234 млн [18, 25]. Общеизвестно, что хирургическое лечение способно предотвратить смерть или утрату функции органа, но оно также связано с риском смерти и развития тяжелых осложнений [14]. Многочисленные исследования убедительно продемонстрировали, что даже госпитализация в самые лучшие, современные стационары не является гарантией от возможного развития осложнений или ятрогенной ошибки. При этом 50% всех осложнений в медицине являются следствием хирургического вмешательства [8], а как минимум половина из них предотвратимы [10, 16]. Смертность, связанная с хирургией, составляет 0,4–4% даже в высокоразвитых странах [8].

Известный принцип, сформулированный, как считается, Гиппократом, «не навреди» является основной этической заповедью любого врача и хирурга. Предполагаемая польза от любого хирургического вмешательства всегда должна сопоставляться с возможным «вредом» от этого вмешательства [2]. Если такое сопоставление проводится корректно, число осложнений в хирургии должно быть минимальным. Но, к сожалению, это положение зачастую не учитывает роль «человеческого фактора».

В 2000 г. Институт медицины Соединенных Штатов Америки (США) опубликовал статью «To err is human» («Человеку свойственно ошибаться»), в которой сообщалось, что из-за врачебных ошибок каждый год в больницах США умирают от 44 000 до 98 000 пациентов. Более того, летальность от небрежности врача в процессе лечения пациента имеет тенденцию к росту, что может быть связано с возрастающей сложностью проводимых операций. Смерть вследствие врачебной ошибки занимает третье место по частоте после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, а общий размер материальных компенсаций в

результате судебных разбирательств по поводу врачебных ошибок за период с 1990 по 2010 г. составил 1,3 млрд долларов [20]. Согласно статистическим подсчетам, в США, в среднем, каждую неделю врачебная халатность приводит к оставлению в теле больного инородных тел/перевязочного материала у 39 пациентов, к выполнению неверного хирургического вмешательства — у 20, к проведению операции в некорректной области — у 20. При этом 60% вышеуказанных ошибок можно исправить относительно легко, 33% ошибок повторяются с той или иной степенью регулярности, а 7% ошибок приводят к летальному исходу [20].

К настоящему времени в мире опубликовано достаточно большое число работ относительно наносимого пациентам вреда в процессе лечения. E.N.de Vries и соавт. [8] провели мета-анализ таких исследований и пришли к выводу, что 1 из 10 больных получает вред той или иной степени в процессе оказания стационарной помощи. Авторы прогнозируют побочное влияние лекарственного лечения в развитых странах у 7,5–10,4% экстренно госпитализированных пациентов, причем, как минимум, 27% этих осложнений являются предотвратимыми. Также указывается, что ежедневно 6,3 негативных событий на 1000 больных в развитых странах связаны с проблемами медицинского оборудования. Все эти ошибки определяют большие материальные расходы, оказывают влияние на медицинскую, юридическую, социальную и эмоциональную сферы.

Хирургические предотвратимые осложнения. Выделяется особая группа негативных последствий лечения, таких как неверная сторона, неправильная процедура, не тот оперированный пациент, отсутствие необходимого инструментария, проблемы с анестезиологической аппаратурой, неверное переливание крови, нестерильные инструменты, оставление инструментария в полости пациента, которые в англоязычной литературе классифицируются как «never events» («никогда не случаются») [13]. Именно эти негативные события наиболее сложно признать, однако вполне можно предотвратить. Существуют очевидные факторы риска раз-

Сведения об авторах:

Акопов Андрей Леонидович (e-mail: akopovand@mail.ru), Бечвая Георгий Тенгизович (e-mail: donvito1@mail.ru),

Абрамян Аревик Арсеновна (e-mail: arevik11@bk.ru), Лоцман Елизавета Викторовна (e-mail: goriunova.elizaveta@yandex.ru),

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова, 197022, Санкт-Петербург, ул. Л. Толстого, 6–8

вития таких осложнений: несколько хирургов задействованы в проведение одной операции или в проведении нескольких этапов одной операции, лимит времени, экстренная хирургия, особенности анатомии пациента, морбидное ожирение, а также небрежное отношение к своим обязанностям, невнимательность, казалось бы, к мелочам [19]. Принято считать, что наибольший риск таких ошибок связан с работой ортопедов [6].

История создания «чек-листа». Многие исследователи пытались предложить способы оценки и мониторингования безопасности пациентов в процессе лечения. Основным тезисом была необходимость создания «системы безопасности пациентов», по аналогии с обеспечением безопасности в других видах деятельности, связанных с высоким риском. Наибольшим оказался вклад в решение этого вопроса американского хирурга А. Gawande [9]. Чтобы понять, как можно упорядочить систему оказания медицинской помощи, А. Gawande обратился к другим профессиональным сферам, связанным с высочайшей степенью ответственности. Так, он изучал организацию работы пилотов, общался с высокопоставленными инвесторами, ознакомился с процессом проектирования небоскреба. Связующим звеном описанных сфер деятельности оказалось использование различных видов «опросников безопасности» (check-lists, «чек-листов»), что подтолкнуло его к идее применения такого опросника в медицине. Как хирург, А. Gawande утверждал, что тактика оказания медицинской помощи с годами становится все сложнее и запутаннее: «Объем и сложность теоретических знаний превосходят наши способности к их грамотному и безопасному применению на практике. Знания нас спасают и обременяют одновременно».

Исторические врачи, участвующих в операции, сравнивали с командой корабля — хирург является капитаном, обладающим всей полнотой власти и несущим полную моральную и юридическую ответственность за исход оперативного вмешательства, ассистенты, операционные сестры — это матросы, исполняющие команды, анестезиолог — лоцман, управляющий состоянием организма в узком фарватере между жизнью и смертью. Это образное сравнение подчеркивает необходимость тесного контакта между всеми участниками операции и уверенности в профессиональных и моральных качествах каждого [1]. В современных условиях более точной представляется аналогия между хирургической бригадой и экипажем самолета [9]. Ошибка пилота сопоставима по значимости с ошибкой хирурга и может стоить человеческих жизней. По статистике причинами около 80% ошибок пилотов являются стресс, утомление, плохое взаимодействие между членами экипажа. С такими же факторами, приводящими к фатальным последствиям, могут столкнуться члены хирургической бригады во время операции.

В зависимости от характера некорректного воздействия врачебные ошибки можно классифицировать в рамках различных категорий [12]: диагностические (ошибочная или поздняя диагностика, использование устаревших методик, неправильное толкование результатов), превентивные (отсутствие профилактики осложнений, недостаточное наблюдение за состоянием пациента), лечебные (неправильная техника операции или процедуры, неправильная дозировка или условия приема лекарственного препарата, позднее начало терапии) и другие (плохая коммуникабельность, технические неисправности). Логика применения хирургического «опросника безопасности» основана на том, что ошибки, связанные с техникой операции/процедуры, коммуникабельностью, тех-

ническим оснащением, могут и должны быть устранены с его помощью.

Рекомендации ВОЗ по применению «опросника безопасности». Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) проведен глобальный анализ неудач хирургического лечения. В частности, глубокому исследованию подвергся национальный архив неблагоприятных случаев в стационарах Великобритании — признанного лидера в разработке стратегий безопасности пациента. К примеру, зафиксировано более 3 млн осложнений лечения, из которых 450 000 — хирургические ошибки [15]. В качестве одной из задач такого анализа было сформулировано создание системы безопасности пациента, которая призвана выявить характер ошибок и помочь в изучении и формировании схем, снижающих этот риск [17].

В 2008 г. ВОЗ опубликовала рекомендации под названием «Безопасная хирургия сохраняет жизни» («Safe Surgery Saves Lives»), которые должны помочь обеспечению безопасности хирургического пациента во всем мире. В качестве одного из основных компонентов, обеспечивающих безопасность пациента, была выделена слаженность работы хирургического коллектива. Чем лучше взаимопонимание в таком коллективе, тем лучше результаты работы. Обращалось внимание на такие аспекты, как объективная уверенность в себе, процесс принятия решения, умение вести дискуссию. На основе этих рекомендаций был спроектирован «опросник безопасности» («чек-лист»), адаптированный для всемирного распространения и уменьшения риска большинства хирургических осложнений.

Опросник ВОЗ состоит из трех разделов и 22 вопросов, на которые следует ответить перед началом анестезии (идентификация больного, проверка анестезиологического оборудования), перед разрезом кожи (проговаривание этапов операции, возможных сложностей, антибиотикопрофилактика) и перед вывозом больного из операционной (подсчет расходных материалов, маркировка удаленного препарата, особенности послеоперационного периода) (см. опросник).

Следует отметить, что существуют и другие опросники безопасности, но они не нашли широкого распространения в хирургических клиниках. Примером может служить опросник Surgical Patient Safety System (SURPASS), который включает 90 вопросов в 11 разделах, но вряд ли он может быть признан удобным для повсеместного применения.

По результатам исследования ВОЗ от 2009 г., проведенного в 8 клиниках в разных странах (3733 пациента до внедрения опросника и 3955 пациентов после внедрения), уровень осложнений снизился с 11 до 7%, а уровень госпитальной смертности — с 1,5 до 0,8% соответственно [11]. Частота инфекционных осложнений и повторных хирургических вмешательств также достоверно снижались (таблица). При этом уровень осложнений и смертности снизился с 10,3 до 7,1% и с 0,9 до 0,6% в развитых странах и с 11,7 до 6,8% и с 2,1 до 1% в развивающихся странах соответственно [11].

В последующем опубликовано несколько исследований, анализирующих эффект и особенности применения «опросника безопасности» в хирургии. Можно констатировать, что внедрение хирургических «чек-листов» по всему миру привело к значительному снижению частоты интра- и послеоперационных осложнений.

Однако не везде преимущества его применения оказались очевидными. Так, материал крупного канадского исследования включал результаты лечения 109 341 и 106 370 больных до и после внедрения хирургического «чек-листа» в 101 стационаре [21]. Риск смерти в течение 30 дней после операции

Опросник безопасности ВОЗ (2008 г.)

Перед индукцией анестезии

- Пациент подтверждает свою личность, операционное поле и выполняемую процедуру, своё согласие на её проведение.
- Операционное поле обозначается или разметка не представляется возможной.
- Проведена проверка оборудования и лекарственных средств для анестезии.
- Пульсоксиметр зафиксирован на пациенте и функционирует.
- Все члены бригады осведомлены об известных пациенту аллергических реакциях.
- Дыхательные пути пациента и риск аспирации оценены и необходимое оснащение находится в доступности анестезиолога и сестры.
- Если риск кровопотери более 500 мл (или 7 мл/кг у детей) — есть доступ для трансфузии и кровезамещающие растворы есть в наличии.

До рассечения кожи

- Подтверждают, что все члены бригады знают имена и роль каждого из них.
- Подтверждают личность пациента, операционное поле, процедуру.
- Анализируют возможность возникновения критических событий:
- Хирург предусматривает развитие критических и непредвиденных шагов, время вмешательства, возможную кровопотерю.
- Анестезиолог предусматривает особенности анестезиологического пособия пациента.
- Медсестры оценивают стерильность, возможности оснащения и др.
- Удостоверяются в том, что антибиотикопрофилактика проведена менее чем за 60 мин до разреза или введение антибиотика не показано.
- Удостоверяются, что все необходимые диагностические визуализирующие аппараты находятся в операционной.

Перед тем, как пациент покинет операционную:

- Медсестра подтверждает:
 - Наименование процедуры.
 - Все инструменты и салфетки посчитаны и соответствуют исходному количеству.
 - Образцы маркированы (зачитывает надписи на образцах, включая имя пациента).
 - Имеются ли проблемы с оборудованием, требующие устранения.
- Хирург, сестра, анестезиолог вслух обсуждают ключевые моменты реабилитации и терапии.

составил 0,71% до внедрения «чек-листа» и 0,65% после, риск развития хирургических осложнений — 3,86 и 3,82% соответственно. Отмечено также клинически незначимое снижение продолжительности госпитализации — 5,11 сут до внедрения и 5,07 сут после. Не выявлено какого-либо уменьшения частоты повторных госпитализаций (3,11 и 3,14%). Единственным осложнением, риск которого сократился, была незапланированная повторная операция (от 1,94 до 1,78%). В то же время, после внедрения опросника установлено увеличение частоты тромбоза глубоких вен (от 0,03 до

0,07%), а также увеличение частоты продленной искусственной вентиляции легких (от 0,08 до 0,12%).

По данным мета-анализа исследований применения опросника, те авторы, которые уделяли внимание обучению и тренировке использования опросника, показали эффективность, похожую на эффективность в исследовании ВОЗ [3, 7, 28]. Высказано мнение, что качество использования опросника может быть ниже, если его используют не добровольно [5, 8, 24]. Особый интерес в этом аспекте представляет эффект Хоторна (Hawthorne effect) — тенденция некоторых людей работать лучше, когда они чувствуют, что их работа находится под пристальным контролем. Этим можно объяснить улучшение результатов хирургической деятельности после внедрения «чек-листов» в исследованиях, в которых хирурги были осведомлены о возможности вмешательства исследователей в ходе выполнения хирургических процедур [10], что обуславливает неоднозначность толкования результатов эксперимента, так как крайне сложно оценить объективность выполнения роли каждого из членов хирургической бригады.

В одной из больниц в Нидерландах после введения хирургических «чек-листов» их полное соблюдение по всем пунктам зафиксировано только при 39% хирургических процедур, а риск смерти был ниже только у пациентов, перенесших процедуры при полном соблюдении всех пунктов «чек-листа» [22].

Через 3 мес после внедрения опросника 30% специалистов отметили, что такой опросник не особо полезен в экстренной хирургии: 53% хирургов считали, что такой опросник в экстренных случаях не нужен. А. Vats и соавт. [23] определили, что анестезистки и операционные сестры в существенно большей мере поддерживают внедрение опросника, а у хирургов это вызывает существенно меньший энтузиазм.

Таким образом, не существует однозначного мнения о пользе «опросника безопасности» у хирургических пациентов, а также о том, что же на самом деле влияет на результаты лечения — сам опросник или другие факторы (пауза в процессе операции, обсуждение деталей, что может осуществляться и без опросника, эффект Хоторна, овладение культурой безопасности хирургической бригадой).

Модификации «чек-листа» в различных областях хирургии. В настоящее время большое число профессиональных медицинских организаций и сообществ во всем мире рекомендуют применение «опросника безопасности» ВОЗ. При этом отмечается, что образец хирургического «чек-листа», разработанный ВОЗ, ни в коем случае не является его единственной приемлемой формой. Более того, дополнения и модификации с учетом специфики выполнения операций, локальных больничных особенностей не только допускаются, но и приветствуются. По этой причине на каждом хирургическом отделении следует использовать вариант хирургического «чек-листа», разработанный специально для него. Например, специальные хирургические «чек-листы» должны использоваться при проведении всех акушерских и гинекологических хирургических процедур, в особенности родовспомогательных процедур, где очень важно помнить как о материнском, так и о неонатальном факторе. Инструктаж команды, включающей акушеров, анестезиологов, семейных врачей, медсестер и педиатров, должен позволить всей бригаде подготовиться к потенциальным трудностям во время операции, а также во время реанимации новорожденных и ухода за ними.

Данные исследования ВОЗ от 2008 г. [14] до и после внедрения опросника

Клиника, №	Число пациентов		Экстренные случаи (%)		Хирургические инфекции (%)		Незапланированное повторное вмешательство (%)		Пневмония (%)		Смерть (%)		Осложнения (%)	
	до	после	до	после	до	после	до	после	до	после	до	после	до	после
1	524	598	7,4	8	4	2	4,6	1,8	0,8	1,2	1	0	11,6	7
2	357	351	18,8	14,5	2	1,7	0,6	1,1	3,6	3,7	1,1	0,3	7,8	6,3
3	497	486	17,9	22,4	5,8	4,3	4,6	2,7	1,6	1,7	0,8	1,4	13,5	9,7
4	520	545	6,9	1,8	3,1	2,6	2,5	2,2	0,6	0,9	1	0,6	7,5	5,5
5	370	330	46,1	65,4	20,5	3,6	1,4	1,8	0,3	0	1,4	0	21,4	5,5
6	496	476	28,4	22,5	4	4	3	3,2	2	1,9	3,6	1,7	10,1	9,7
7	525	585	45,7	41	9,5	5,8	1,3	0,2	1	1,7	2,1	1,7	12,4	8
8	444	584	13,5	21,9	4,1	2,4	0,5	1,2	0	0	1,4	0,3	6,1	3,6
Всего	3733	3955	22,3	23,3	6,2	3,4	2,4	1,8	1,1	1,3	1,5	0,8	11	7
p			0,26		<0,001		0,047		0,46		0,003		<0,001	

Еще одним примером может послужить эндоскопическая эндоназальная хирургия, в которой играют важную роль специализированная хирургическая аппаратура, а также контроль эндокринологических и других важных дополнительных интраоперационных факторов [4]. Увеличивается сложность аппаратуры, особенности визуализации, поэтому стандартизация этой процедуры с помощью хирургического «чек-листа» становится все более важной. В целом, это относится ко всем разделам современной хирургии. К тому же, хирургический «чек-лист» может быть эффективным даже в условиях минимизации влияния «человеческого фактора» на течение и исход операции. Так, при выполнении нефрэктомии или резекции почки из-за опухолевого процесса при помощи роботизированной техники специальный модифицированный опросник может способствовать снижению риска возникновения опасных интраоперационных кровотечений [16].

Перспективы применения хирургического «чек-листа». Учитывая положительный опыт клиник развитых и развивающихся стран, в которых внедрен хирургический «чек-лист», можно предполагать, что его актуальность с годами будет только возрастать. При анализе различных исследований эффективности его использования мы обнаружили растущий интерес среди практикующих хирургов и анестезиологов к такому нововведению. Более того, с целью наилучшей адаптации «опросника безопасности» к определенной области хирургии постепенно разрабатываются его специализированные модификации, что позволит в будущем избегать типичных врачебных ошибок. Даже если опросник сам по себе и не оказывает прямого значимого действия в плане профилактики «никогда не случавшихся» событий в хирургии, он, несомненно, будет способствовать росту культуры хирургической бригады и вспомогательного персонала в отношении безопасности пациентов. Ценность использования хирургических «чек-листов» заключается в улучшении командной работы, а также в продвижении «больничной культуры», в которой безопасность является приоритетом. Хирургические «чек-листы» легко доступны, недороги в реализации и просты в использовании. Наконец, они способствуют коммуникации между членами хирургической бригады, требуя от них представление себя и высказывание каких-либо тревог или вопросов относительно операции. Хирургические «опросники безопасности» могут

иметь решающее значение для повышения безопасности пациентов в операционной и, безусловно, должны быть внедрены в хирургическую практику.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Большаков О.П., Семенов Г.М. Лекции по оперативной хирургии и клинической анатомии. СПб.: Питер, 2000. 480 с.
2. Гордиевская Л.А. Опыт работы по внедрению хирургического чек-листа // Главная мед. сестра. 2015. № 2. С. 17–25.
3. Bliss L.A., Ross-Richardson C.B., Sanzari L.J. et al. Thirty-day outcomes support implementation of a surgical safety checklist // J. Am. Coll Surg. 2012. Vol. 215. P. 766–776.
4. Christian E., Harris B., Wrobel B., Zada G. Endoscopic endonasal transsphenoidal surgery: implementation of an operative and perioperative checklist // Neurosurgical Focus. 2014. Vol. 37. P. E1.
5. Conley D.M., Singer S.J., Edmondson L. et al. Effective surgical safety checklist implementation // J. Am. Coll Surg. 2011. Vol. 212. P. 873–879.
6. Cowell HR. Wrong-site surgery // J. Bone Joint Surg. Am. 1998. Vol. 80. P. 463.
7. de Vries E.N., Prins H.A., Crolla R.M. et al. Effect of a comprehensive surgical safety system on patient outcomes // N. Engl. J. Med. 2010. Vol. 363. P. 1928–1937.
8. de Vries E.N., Ramrattan M.A., Smorenburg S.M. et al. The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review // Qual Saf Health Care. 2008. Vol. 17. P. 216–223.
9. Gawande A. The Checklist Manifesto. USA: Metropolitan Books, 2009. P. 209.
10. Gawande A., Thomas E.J., Zinner M.J., Brennan T.A. The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992 // Surgery. 1999. Vol. 126. P. 66–75.
11. Haynes A.B., Weiser T.G., Berry W.R. et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population // N. Engl. J. Med. 2009. Vol. 360. P. 491–499.
12. Leape L., Lawthers A.G., Brennan T.A. et al. Preventing medical injury // Qual. Rev. Bull. 1993. Vol. 19. P. 144–149.
13. Michaels R.K., Makary M.A., Dahab Y. et al. Achieving the National Quality Forum's «Never Events»: prevention of wrong site, wrong procedure, and wrong patient operations // Ann. Surg. 2007. Vol. 245. P. 526–532.
14. National Patient Safety Agency. UK surgical organisations sign up to World Health Organisation challenge: safe surgery saves lives. [http://www.npsa.nhs.uk/corporate/news/safe-surgery-saves-lives/].

15. National Reporting and Learning System (NRLS). Organisation Patient Safety Incident Reports [<http://www.npsa.nhs.uk/nrls/patient-safety-incident-data/organisation-reports/organisation-patient-safety-incident-reports/>].
16. Nepple K.G., Sandhu G.S., Rogers C.G. et al. Description of a multicenter safety checklist for intraoperative hemorrhage control while clamped during robotic partial nephrectomy // *Patient Safety in Surgery*. 2012. Vol. 6. P. 8.
17. Panesar S.S., Cleary K., Sheikh A., Donaldson L. The WHO checklist: a global tool to prevent errors in surgery // *Patient Safety in Surgery*. 2009. Vol. 3. P. 9.
18. Ronsmans C., Graham W.J. Maternal mortality: who, when, where, and why // *Lancet*. 2006. Vol. 368. P. 1189–1200.
19. Shojania K.G., Duncan B.W., McDonald K.M. et al. Making health care safer: a critical analysis of patient safety practices // *Evid. Rep. Technol. Assess.* 2001. Vol. 43: i-x. P. 1–668.
20. Thousands of mistakes made in surgery every year. By Jennifer Warner WebMD Health News reviewed by Laura J. Martin, MD [<http://www.webmd.com/news/20121220/thousands-mistakes-surgery>].
21. Urbach D.R., Govindarajan A., Saskin R. et al. Introduction of Surgical Safety Checklists in Ontario, Canada // *N. Engl. J. Med.* 2014. Vol. 370. P. 1029–1038.
22. van Klei W.A., Hoff R.G., van Aarnhem E.E. et al. Effects of the introduction of the WHO «Surgical Safety Checklist» on in-hospital mortality: a cohort study // *Ann. Surg.* 2012. Vol. 255. P. 44–49.
23. Vats A., Vincent C.A., Nagpal K. et al. Practical challenges of introducing WHO surgical checklist: UK pilot experience // *B.M.J.* 2010. Vol. 340. P. 133–135.
24. Vogts N., Hannam J.A., Merry A.F., Mitchell S.J. Compliance and quality in administration of a Surgical Safety Checklist in a tertiary New Zealand hospital // *N.Z. Med. J.* 2011. Vol. 124. P. 48–58.
25. Weiser T.G., Regenbogen S.E., Thompson K.D. et al. An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data // *Lancet*. 2008. Vol. 372. P. 139–144.
26. Young-Xu Y., Neily J., Mills P.D. et al. Association between implementation of a medical team training program and surgical morbidity // *Arch. Surg.* 2011. Vol. 146. P. 1368–1373.

Поступила в редакцию 06.04.2016 г.

A.L.Akopov, G.T.Bechvaya, A.A.Abramyan,
E.V.Lotsman

SURGICAL SAFETY CHECKLIST: FROM IDEA TO PRACTICAL APPLICATION

I.P.Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University

Methods of surgical interventions performing, modifications, instruments used for operation became more developed every year. In spite of this fact, tendency of increase of the rate of iatrogenic errors took place and it was possible to prevent these mistakes by application of Surgical Safety Checklist. The «checklists» are easily available, not very expensive in practice and they are simple to use. An application of such questionnaires could improve the team work and understanding between members of the crew, which could influence directly on operation outcome. The article presents the history of creation of safety list, the analysis of efficacy of «checklist» application in clinical practice in different countries, information about controversial questions in «checklist», perspectives of its application.

Key words: «*checklist*», *doctor's mistake*, *surgical complications*