

На правах рукописи

КАЛАШНИКОВА ИРИНА АНАТОЛИЕВНА

**НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО -
СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С КИШЕЧНОЙ СТОМОЙ**

14.01.17 – Хирургия

14.02.03 - Общественное здоровье и здравоохранение

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва 2015

Работа выполнена в ФГБУ «Государственный научный центр колопроктологии имени А.Н.Рыжих» Министерства здравоохранения Российской Федерации (директор – проф., д.м.н. Ю.А.Шелыгин).

Научные руководители:

доктор медицинских наук, профессор

Шелыгин Юрий Анатольевич

академик РАН, доктор медицинских наук,

профессор

Стародубов Владимир Иванович

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор

Стойко Юрий Михайлович

(руководитель клиники и кафедры хирургии с курсом травматологии и ортопедии Института усовершенствования врачей НМХЦ им. Н.И. Пирогова)

доктор медицинских наук, профессор

Шаповальянц Сергей Георгиевич

(заведующий кафедрой госпитальной хирургии №2 лечебного факультета ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

доктор медицинских наук, профессор

Шипова Валентина Михайловна

(главный научный сотрудник ФГБУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко»)

Ведущая организация:

ФГБУ «Институт хирургии имени А.В. Вишневского» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита диссертации состоится «__»_____2015 г. в « 14:00 » на заседании диссертационного совета Д-208.021.01 при Государственном Научном Центре колопроктологии по адресу: 123423, г. Москва, ул. Саляма Адила, 2

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «ГНЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России

Автореферат разослан «__»_____2015 г.

Ученый секретарь диссертационного ученого совета

кандидат медицинских наук

Костарев Иван Васильевич

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы

В последние годы отмечается устойчивая тенденция к увеличению числа людей, перенесших операции с формированием кишечной стомы, что обусловлено неуклонным ростом заболеваемости колоректальным раком и другими болезнями толстой кишки. Наличие кишечной стомы вносит существенные ограничения в жизнь человека и значительно снижает ее качество, что приводит к инвалидизации и высокому уровню социальной дезинтеграции [Суханов В.Г. 2006; Brown H., 2005; Renzulli P., 2007].

Зарубежный и отечественный опыт показывают, что создание реабилитационных стома-центров позволяет 60% стомированных пациентов вернуть к обычному образу жизни, остальные 40% отмечают удовлетворительные условия проживания [Манихас Г.М., 2006; Karadag A., 2003; Pittman J., 2008]. Однако научному обоснованию организации и совершенствованию специализированной помощи стомированным пациентам в нашей стране на протяжении многих лет не уделялось должного внимания. До настоящего времени в Российской Федерации нет четко сформированной структуры организации помощи этому контингенту больных с учетом этапности, не определены критерии ее эффективности и качества, в перечень медицинских специальностей не включен специалист по реабилитации стомированных пациентов.

Проведенные научные исследования касаются, в основном, разработки и оценки результативности диагностических и лечебных мероприятий у больных с кишечной стомой [Михайлова Е.В., 2006; Arumugam P.J., 2003; Caricato M., 2007; Salvadalena G., 2008], в меньшей степени изучены медицинские аспекты реабилитации стомированных пациентов [Breckman B., 2005; Colwell J. C., 2007]. Исследования по организации медико-социальной помощи пациентам с кишечной стомой носят единичный характер [Касихина Н.М., 2004; Манихас Г.М., 2006; Beitz J., 2010; Fliescher I., 2005], и в них не представлена структура первичного звена организации реабилитации стомированных пациентов; не разработаны

нормативные показатели по труду для специалистов по реабилитации стомированных пациентов; не определены критерии эффективности медико-социальной помощи стомированным больным.

Медицинская реабилитация – главная составляющая комплексной реабилитации стомированных пациентов. Однако теоретическая и методологическая база проблемы медицинской реабилитации больных с кишечными стомами остается недостаточно разработанной. Современный этап развития здравоохранения свидетельствует о необходимости дальнейшего совершенствования организации медико-социальной реабилитации стомированных пациентов и оптимизации ее методов, создания единых стандартов оказания реабилитационной помощи данному контингенту больных.

Цель исследования

Улучшение качества помощи пациентам с кишечной стомой путем разработки принципов организации специализированной медицинской реабилитации.

Задачи исследования

1. Разработать технологии медицинской реабилитации стомированных пациентов (алгоритмы диагностики и лечения осложнений кишечной стомы, подбора технических средств реабилитации; протоколы ведения пациентов с кишечной стомой).
2. Создать модель кабинета реабилитации стомированных больных как основного звена в структуре медико-социальной помощи пациентам с кишечной стомой.
3. Определить нормы нагрузки для специалистов кабинета реабилитации стомированных больных (КРСБ).
4. На основании сравнительного исследования эффективности реабилитационных мероприятий у стомированных пациентов оценить влияние разработанной программы реабилитации на частоту осложнений кишечных стом.
5. Оценить медико-социальную эффективность предложенной модели организации медицинской помощи пациентам с кишечной стомой.

Научная новизна

- Разработана модель первичного звена в структуре медико-социальной помощи стомированным больным.
- Определен объем и характер деятельности специалиста по медицинской реабилитации стомированных пациентов. Установлены средние затраты рабочего времени медсестры КРСБ при оказании медико-социальной помощи одному пациенту и нормы нагрузки медсестры КРСБ.
- Проведен расчет необходимой численности персонала для оказания медико-социальной реабилитационной помощи стомированным пациентам в условиях специализированной колопроктологической медицинской организации.
- Создана унифицированная методика диагностики и выбора тактики лечения при осложнениях кишечной стомы на основе разработанной классификации.
- Систематизированы протоколы ведения больных с кишечной стомой.
- Разработаны методики для оценки эффективности организационно-функциональной модели кабинета реабилитации стомированных пациентов.

Практическая ценность работы

- Внедрение в практику работы колопроктологических, онкологических и хирургических учреждений разработанной модели медико-социальной реабилитации стомированных пациентов улучшает качество оказания медицинской помощи этому контингенту больных.
- Использование созданных алгоритмов упрощает и стандартизирует диагностику осложнений кишечной стомы и выбор лечебных мероприятий, а также сократит сроки лечения.
- Систематическое применение в повседневной клинической практике разработанной программы медицинской реабилитации значительно сокращает частоту осложнений и повышает качество жизни пациентов с кишечной стомой.

- Разработанные нормативы по труду медицинского персонала кабинета реабилитации стомированных больных позволяют рационально организовать работу этого подразделения в медицинской организации.

Положения диссертации, выносимые на защиту

1. Кабинет реабилитации стомированных больных является первичным звеном в организации помощи этому контингенту пациентов и предназначен для проведения диагностических, лечебных, профилактических и реабилитационных мероприятий.
2. Алгоритмы для диагностики и лечения осложнений кишечной стомы позволяют стандартизировать распознавание осложнений и выбор лечебных мероприятий.
3. Исследования по регламентации труда медицинского персонала кабинета реабилитации стомированных пациентов являются основанием для введения новой специальности "Реабилитационное сестринское дело", квалификация - "Медицинская сестра по реабилитации стомированных пациентов".
4. Изучение качества жизни и удовлетворенности пациентов качеством медицинских услуг по методикам, специально разработанным для стомированных пациентов, могут быть использованы в комплексной оценке качества оказания медицинской помощи этому контингенту больных.
5. Наличие специализированной медико-социальной реабилитационной помощи значительно повышает качество медицинских услуг и качество жизни стомированных пациентов.

Апробация работы

Апробация результатов диссертационного исследования состоялась на совместной конференции ФГБУ «ГНЦ колопроктологии им. А.Н.Рыжих» Минздрава России и ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, кафедры колопроктологии ГБОУ ДПО «РМАПО» Минздрава России 18 февраля 2015 г.

Основные положения диссертационной работы доложены на: научно-практических конференциях ФГБУ «ГНЦ колопроктологии им. А.Н.Рыжих» Минздрава России, в 2006-2014 г.г.; 16-м Всемирном конгрессе по

стоматерапии. Гонгконг, 2006; 9-м Европейском конгрессе по стоматерапии. Зальцбург, Австрия 2007; 17-м Всемирном конгрессе по стоматерапии. Любляна, Словения, 2008; 10-м Европейском конгрессе по стоматерапии. Порто, Португалия, 2009; II съезде колопроктологов стран СНГ; III съезде колопроктологов Украины с участием стран центральной и восточной Европы. Одесса, Украина, 2011; 11-м Европейском конгрессе по стоматерапии. Болонья, Италия, 2011; III Всероссийском Съезде Ассоциации Колопроктологов. Белгород, 2011; научно-практической конференции «Медицинская реабилитация в колопроктологии». Ставрополь, 2012; научно-практической конференции «Мультидисциплинарный подход к диагностике и лечению заболеваний кишечника». Самара, 2013; Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные проблемы колопроктологии». Смоленск, 2014.

Внедрение результатов работы в практику

Результаты диссертационного исследования использованы при подготовке:

1. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 13.04.07 г. №265 «О мерах по совершенствованию организации колопроктологической помощи населению Российской Федерации».
2. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 02.04.10 г. №265-н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности колопроктологического профиля».
3. «Методических рекомендаций по установлению медицинских показаний и противопоказаний при назначении специалистами медико-социальной экспертизы технических средств реабилитации инвалида и методика их рационального подбора» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 15.01.14 г.
4. Стандартов оказания медицинской помощи пациентам с кишечной стомой.
5. Клинических рекомендаций по ведению взрослых пациентов с кишечной стомой.

6. Разработанная модель кабинета реабилитации стомированных пациентов внедрена в практику работы 3 лечебно-профилактических учреждений: ГБУЗ АО «Александро-Мариинская областная клиническая больница», г. Астрахань; ГБУЗ РБ «Городская клиническая больница №21», г. Уфа; ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1», г. Екатеринбург.
7. Результаты исследования используются при проведении обучения медицинских сестер и врачей на базе ГНЦК, врачей на кафедре колопроктологии ГБОУ ДПО «РМАПО» Минздрава России.

Публикации

По теме диссертационного исследования опубликовано 18 печатных работ, из них 11 в отечественной периодической печати (4 из них в центральной) и 7 в зарубежной печати.

Структура и объем диссертации

Диссертация изложена на 161 странице, построена по традиционному плану и содержит введение, 4 главы, заключение, выводы, практические рекомендации, список литературы, приложение.

Указатель литературы включает ссылки на 152 источника, из которых 45 – отечественные публикации и 107 – зарубежные. Работа иллюстрирована 32 таблицами и 38 рисунками.

Содержание работы

Диссертационная работа основана на анализе эффективности реабилитационных мероприятий 1524 пациентов с кишечными стомами, наблюдавшихся в кабинете реабилитации стомированных больных (КРСБ) ФГБУ «ГНЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России за период с 2005 по 2010 г.г.

Дизайн исследования: проспективное с группой ретроспективного контроля.

Из 1524 стомированных пациентов в основную проспективную группу №1а включено 409 пациентов, оперированных в «ГНЦ колопроктологии» в 2008 г., у которых была применена разработанная нами программа реабилитации, включившая протоколы ведения пациентов, алгоритмы диагностики и выбора

способа лечения осложнений кишечной стомы, индивидуального подбора технических средств реабилитации у стомированных пациентов, рекомендации по обучению пациентов.

В контрольную группу №16 включены 956 пациентов, оперированных в «ГНЦ колопроктологии» в период с 2005 г. по 2007 г., у которых проведен ретроспективный анализ эффективности реабилитационных мероприятий.

Возраст пациентов варьировал от 21 до 83 лет. Средний возраст в основной группе составил $59,7 \pm 16,5$ лет, в контрольной - $58,3 \pm 15,9$ лет. В основной группе было 202 (49,4%) мужчин и 207 (50,6%) женщин. В группе сравнения распределение по полу было сходным: 439 (45,7%) мужчин и 517 (54,1%) женщин. В основной группе у 227 (54,1%) больных имелась временная стома, а у 182 (45,9%) пациентов была сформирована постоянная стома. Похожее соотношение временных – 515 (53,9%) и постоянных – 441 (46,9%) стом было и в группе сравнения.

Многообразие клинических и топографо-анатомических форм осложнений кишечной стомы потребовало создания собственной классификации, рациональной в практическом применении. Мы подразделили осложнения кишечных стом на осложнения именно стом и перистомальные кожные осложнения. Такая классификация позволяет сформировать эти две группы осложнений с точки зрения этиопатогенетических факторов, локализации процесса, клинических проявлений, тактики лечения.

К осложнениям стомы мы отнесли: кровотечение, некроз, эвентрацию, поверхностное нагноение (несостоятельность кожно-кишечного шва), парастомальный абсцесс, флегмону, ретракцию стомы, втянутость стомы, пролапс, парастомальные грыжи, стриктуру, свищ, гиперплазию слизистой кишки, рецидив опухоли в области стомы.

К перистомальным кожным осложнениям - контактный перистомальный дерматит, аллергический дерматит, фолликулит, гангренозная пиодермия, гиперкератоз, гипергрануляции кожи, предшествующие кожные болезни (грибковый дерматит, псориаз и др.).

В основу диагностического алгоритма нами положены ключевые симптомы осложнений стомы (рис.1) и перистомальных кожных осложнений (рис.2), диагностируемые с помощью простых и легко воспроизводимых методов: визуального и пальцевого исследований, при необходимости дополняемые инструментальными методами; выделены общие признаки, уровень поражения для осложнений стомы и степень повреждения перистомальной кожи, значимые для выбора метода лечения.



Рисунок 1. Характер изменений в области стомы по данным внешнего осмотра.



Рисунок 2. Характер изменений кожи в области стомы по данным внешнего осмотра.

С целью изучения влияния перистомальных кожных осложнений на качество жизни пациентов было проведено проспективное этапное исследование. Из 1524 стомированных больных выделены 90 пациентов, оперированных в ГНЦК в период с октября 2009 г. по май 2010 г. Из них в основную группу №2а без осложнений стомы вошли 47 пациентов и в контрольную группу №2б - 43 больных с перистомальными кожными осложнениями.

Распределение по полу, возрасту, типу стомы, протяженности послеоперационного периода было сходным. В основной группе: мужчин - 13 (27,7%), женщин – 34 (72,3%), средний возраст 49 ± 16 лет, время после операции – $2,5 \pm 0,5$ месяца. В контрольной группе: мужчин - 11 (25,6%), женщин – 32 (74,4%), средний возраст 50 ± 15 лет, время после операции – $2,7 \pm 0,6$ месяца.

Для оценки характера и величины поражения кожи вокруг стомы использовали разработанный нами алгоритм диагностики перистомальных кожных осложнений, и модифицированную DET-шкалу Ostomy Skin Tool (руководство по диагностике перистомальных кожных осложнений), разработанную в 2008 г. Всемирным консультативным советом стоматерапевтов совместно с дерматологами [Martins L. et al., 2008], а также цифровую фотографию и измерение площади повреждения кожи при помощи палетки.

Для изучения эффективности организации медико-социальной помощи стомированным пациентам из 1524 человек было выделено 2 группы больных, наблюдавшихся в КРСБ ФГБУ «ГНЦ колопроктологии» в период с января 2010 г. по декабрь 2010 г. включительно. В основную группу №3а вошли 42 пациента, оперированных в ГНЦ колопроктологии. Контрольную группу №3б составили 27 больных, оперированных в других медицинских организациях, не имеющих специализированной помощи стомированным больным. Критериями включения в группы №3а и №3б было наличие постоянной кишечной стомы и отсутствие осложнений.

Средний возраст в основной группе составил $59,7 \pm 16,5$ лет, в контрольной группе - $58,3 \pm 15,9$. Среди пациентов основной группы мужчин было 19 (45,7%), женщин – 23 (54,3%). В контрольной группе распределение по полу было

сходным: 12 (44,4%) мужчин и 15 (55,6%) женщин.

В качестве критериев эффективности организации медико-социальной помощи использовали индекс качества жизни и оценку удовлетворенности пациентов качеством оказания медико-социальной помощи.

Для оценки качества жизни стомированных пациентов мы использовали модифицированную методику Stoma-QOL "Стома - качество жизни", созданную в 2005 г. европейскими специалистами по уходу за стомой на основании интервью стомированных пациентов [Prieto L. et al. 2005].

Вопросы анкеты сформулированы так, чтобы на них можно было определенно ответить четырьмя способами: "всегда", "иногда", "редко" и "никогда". На все вопросы пациенты давали ответы по четырех-балльной шкале. Общий средний балл, оцениваемый от 20 (самый низкий показатель качества жизни) до 80 (самый высокий показатель).

Для определения удовлетворенности качеством оказания медицинской помощи пациенты заполняли специально разработанные анкеты и ретроспективно давали балльную оценку (от 1 до 5 баллов) услугам, полученным в лечебном учреждении, где проводилась операция с формированием стомы. В анкете сформулировано 7 вопросов, в которых оценивались удовлетворенность профессиональным уровнем работы врачей и медсестер, их отношением к пациенту, материально-техническим оснащением и организацией реабилитационной помощи стомированным пациентам, объемом помощи, оказанной в лечебном учреждении.

Общий средний балл, оценивался от 7 (самый низкий показатель) до 35 (самый высокий показатель).

При оценке качества медико-социальной помощи стомированным пациентам использовали анкету, специально созданную для изучения специфических аспектов организации ухода за стомой. Она включала в себя 13 вопросов, сгруппированных по основным трем направлениям - блокам: информация и поддержка (8 вопросов); медицинская помощь (2 вопроса); взаимодействие пациента и медицинского работника (3 вопроса).

При анализе показателей качества оказания медико-социальной помощи стомированным пациентам с помощью разработанной нами анкеты для удобства и наглядности рассчитывали интегральный показатель (K_k – коэффициент качества), который рассчитывался как среднее арифметическое от показателей оценки по блокам.

С целью изучения структуры рабочего времени медицинской сестры КРСБ использовался фотохронометражный метод, заключающийся в последовательной регистрации действий исполнителя в течение рабочего времени и замерах продолжительности всех элементов работы. При этом осуществлялась фиксация трудовых операций в порядке их выполнения в течение всего трудового процесса.

Организация медицинской реабилитации стомированных пациентов в специализированном колопроктологическом учреждении.

Специализированная реабилитационная помощь стомированным пациентам, с учетом этапности, включала: интенсивную предоперационную подготовку и послеоперационный уход, всестороннюю оценку способностей пациентов осуществлять самостоятельный уход за стомой, обучение уходу за стомой пациентов и родственников, подбор адекватной продукции, удовлетворяющей индивидуальные потребности пациентов, консультирование по диете в соответствии с видом стомы, профилактику, диагностику и лечение осложнений стомы.

С целью создания условий для эффективной реабилитации и обеспечения высокого качества жизни стомированных пациентов в ГНЦК был создан КРСБ, который занял центральное место в организации специализированной реабилитационной помощи, благодаря многообразию своих функций, включивших все основные аспекты работы с больными с кишечной стомой.

Для установления единых требований к порядку проведения медицинской реабилитации и улучшения качества медицинской помощи стомированным пациентам, оптимизации работы КРСБ в 2008 году были разработаны и внедрены протоколы ведения пациентов, алгоритмы диагностики и выбора способа лечения осложнений кишечной стомы, индивидуального подбора технических средств

реабилитации у стомированных пациентов, рекомендации по обучению пациентов.

В протоколах ведения стомированных пациентов был детально описан порядок оказания специализированной помощи на примере моделей, максимально приближенных к наиболее типичным клиническим ситуациям. Для каждой медицинской технологии, включенной в протоколы, нами указана степень убедительности на основании доказательств, научных публикаций и действующих нормативных документов. Для пациентов с осложнениями кишечных стом в протоколы включали специально разработанные алгоритмы диагностики и выбора способа лечения.

Применив разработанный алгоритм диагностики, мы определили характер и частоту осложнений стомы в группе №1а, в состав которой вошли 409 пациентов с кишечной стомой, оперированных в ФГБУ «ГНЦ колопроктологии» и зарегистрированных в КРСБ ГНЦК в 2008 г., у которых применялась созданная нами программа консервативной реабилитации.

Осложнения в группе №1а выявлены у 89 (21,8%) из 409 пациентов, из них осложнений собственно стомы – у 41 (10,1%) пациента, перистомальных кожных осложнений – у 48 (11,7%).

Для определения тактики лечения мы использовали соответствующий алгоритм у 89 больных с осложнениями кишечной стомы, из них на хирургическое лечение было направлено 32 (31,8%) пациента, в том числе – 27 с осложнениями самой стомы и 5 с сочетанными осложнениями, из них у 3 пациентов причиной перистомального дерматита было сочетание с втянутостью стомы, у 2 – наличие параилеостомических свищей. Реконструкция стомы была произведена у 8 (29,6%) больных. Устранение осложнения стомы в сочетании с реконструктивно-восстановительной операцией – у 19 (70,4%) (табл. 1) .

Таблица 1.

Распределение больных группы №1а (n=409) с осложнениями кишечной стомы в зависимости от вида лечения

Тип осложнений	Вид лечения				Итого:
	Хирургическое		Консервативное		
Осложнения стомы	27	65,9%	14	34,1%	41 (100%)
Перистомальные кожные осложнения	–	–	33	100%	33(100%)
Сочетание осложнений	5	33,3%	10	66,7%	15(100%)
Всего	32	31,8%	57	68,2%	89(100%)

Консервативное лечение, в связи с декомпенсацией тяжелых сопутствующих заболеваний или при наличии временной стомы, было проведено у 14 (34,1%) из 41 пациента с осложнениями стомы и у 10 (66,7%) из 15 больных с сочетанными осложнениями.

Применение разработанного алгоритма выбора способа лечения позволило нам оценить структуру видов лечения осложнений стом: только 32 (31,8%) пациентам с осложнениями понадобилось хирургическое вмешательство, остальным 57 (68,2%) проведены консервативные мероприятия под наблюдением сотрудников КРСБ.

Большой удельный вес консервативного лечения продемонстрировал необходимость пересмотра организации помощи, оказываемой больным с кишечной стомой, в сторону расширения компетенции специально обученного среднего медицинского персонала.

Комфорт и качество жизни стомированного пациента предполагает использование адекватных средств ухода за стомой. Широкий ассортимент продукции, разнообразие показаний и противопоказаний к различным видам средств ухода за стомой послужили основанием для разработки алгоритма индивидуального подбора технических средств реабилитации (ТСР).

Выбор модели калоприемника, дополнительных средств ухода за кожей

вокруг стомы определяли индивидуально, с учетом типа и размера, формы, места наложения стомы, наличия осложнений стомы, а также состояния кожи вокруг стомы. Учитывались психофизические особенности пациентов. У большинства пациентов 358 из 409 (87,5%) применяли дренируемые системы в связи с функциональными особенностями (жидкий стул): пациенты с илеостомами - 105 (25,6%), асцендостомами - 2 (0,5%), трансверзостомами 78 (19,1%). Пациенты с десцендо-, сигмостомой могли пользоваться закрытыми (недренируемыми) системами, однако предпочитали дренируемые системы – соответственно 20 (4,9%) и 153(37,4%) пациентов, как более универсальные и экономичные. При консервативном лечении осложнений стомы и перистомальных осложнений требовались специальные средства ухода (конвексные пластины, двухкомпонентные системы, пасты, защитные пленки, кремы, абсорбирующие порошки, современные повязки).

Влияние усовершенствованной программы реабилитационных мероприятий на частоту и характер осложнений кишечной стомы было изучено на основании проведения сравнительного анализа результатов лечения в основной проспективной группе №1а, состоявшей 409 стомированных пациентов, оперированных в «ГНЦ колопроктологии» в 2008 г., у которых была применена разработанная нами программа реабилитации. В контрольную группу №1б включены 956 пациентов, оперированных в «ГНЦ колопроктологии» в период с 2005 г. по 2007 г., подвергшихся ретроспективному анализу эффективности реабилитационных мероприятий.

Клиническим критерием эффективности медицинской реабилитации у стомированных пациентов является уровень осложнений, связанных с кишечной стомой. Проведенный анализ выявил достоверное снижение количества осложнений такого рода в группе №1а - 21,8%, по сравнению с контрольной группой №1б - 33,4% ($p < 0,05$), (табл. 2).

Структуризация осложнений стомы согласно разработанной классификации на осложнения собственно стомы и перистомальные кожные осложнения позволила дифференцированно проанализировать их частоту.

Таблица 2.

Частота осложнений стомы у больных группы № 1а и № 1б

Осложнения	Основная группа №1а		Контрольная группа №1б		Р
	n=409		n=956		
Осложнения стомы	41	10,1%	123	12,9%	> 0,05
Перистомальные кожные осложнения	48	11,7%	196	20,5%	< 0,05
Итого	89	21,8%	319	33,4%	< 0,05

Следует заметить, что удельный вес осложнений собственно стомы был достаточно велик в обеих группах, в основной группе №1а - 10,1%, в группе сравнения - 12,9% (табл.2). Выявленная тенденция к снижению уровня осложнений не была достоверной ($p > 0,05$), что объяснимо с точки зрения этиологии осложнений стомы, так как основными причинами возникновения являются дефекты хирургической техники при ее формировании и реабилитационные мероприятия не оказывают существенного влияния на частоту осложнений.

Крайне важно подчеркнуть, что реабилитационные мероприятия оказывали выраженное влияние на частоту перистомальных кожных осложнений, их частота у пациентов основной группы №1а была почти в 2 раза реже, чем у больных контрольной группы №1б - 11,7% и 20,5% соответственно ($p < 0,05$) (табл.2).

Значительное количество кожных осложнений у стомированных пациентов в обеих группах заставило нас изучить причины возникновения этих осложнений. Ведущими причинами развития перистомальных кожных осложнений явились: нарушение технологии ухода за стомой (42,5%); неадекватное расположение стомы на передней брюшной стенке (20,5%); сочетание повреждения перистомальной кожи с осложнениями стомы (37,5%).

Внедрение программы реабилитационных мероприятий, направленных на ликвидацию причин перистомальных кожных осложнений (использование предложенных алгоритмов диагностики и лечения осложнений вокруг стомы, предоперационная подготовка и обучение персонала и пациентов правильному использованию средств ухода, дооперационная маркировка местоположения

стомы, своевременное применение адекватной продукции по уходу за стомой (путем индивидуального подбора), позволило добиться значительного снижения частоты перистомальных кожных осложнений с 20,5 % до 11,7% ($p < 0,05$). Наиболее существенно снижение частоты контактного перистомального дерматита с 19,3% до 9,8% ($p < 0,05$), так как для этого осложнения наиболее значима правильная организация ухода за стомированными пациентами.

Обоснование специализации в оказании медико-социальной помощи стомированным пациентам.

Необходимым условием для проведения успешной реабилитации стомированных пациентов является наличие специально обученных медицинских работников, четкая регламентация их действий на каждом этапе медицинской реабилитации. Анализ деятельности медицинского персонала КРСБ выявил, что основная роль по оказанию ухода и проведению медицинской реабилитации стомированных пациентов принадлежит среднему медицинскому персоналу.

Исследование по регламентации труда медицинского персонала кабинета реабилитации стомированных больных, проведенное путем фотохронометражных наблюдений, позволило детализировать виды деятельности медсестры КРСБ и продемонстрировать, что в структуре рабочего времени медицинской сестры по реабилитации стомированных больных непосредственная лечебно-диагностическая работа и уход за пациентом составили 22,4% (рис.3).

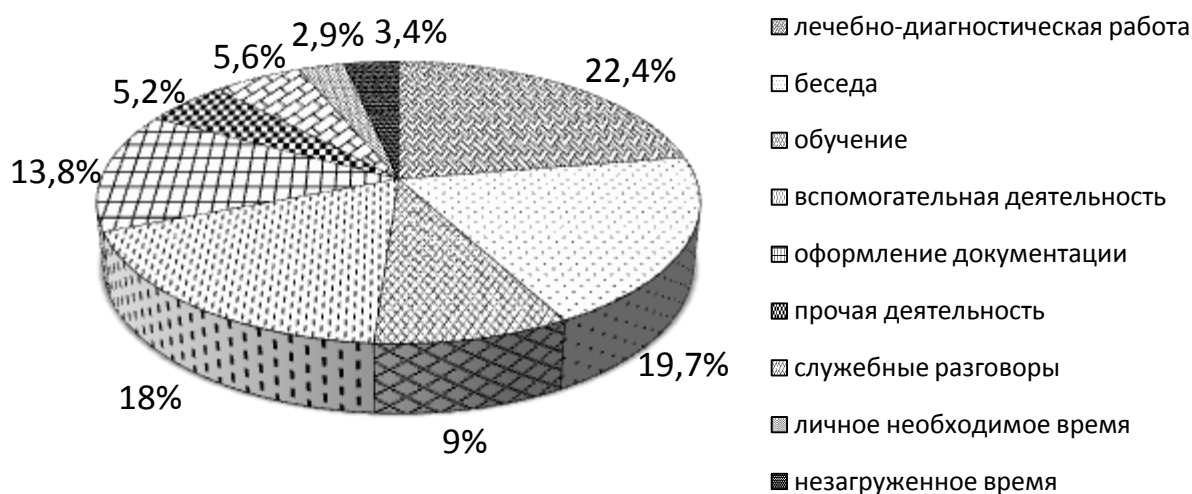


Рисунок 3. Структура затрат рабочего времени медицинской сестры КРСБ.

Значительный удельный вес в распределении времени трудовых затрат на беседу с пациентом (19,7%) и обучение (9,0%) обусловлен тем, что предоперационная подготовка и психологическая помощь, информирование пациента о способах и средствах ухода за кишечной стомой, обучение пациента (и/или родственников) уходу за стомой имеют большое значение в реабилитации этой группы больных.

Проведенные исследования позволили определить время, затрачиваемое медсестрой на одного пациента при разных видах приема (первичный прием до операции, первичный прием после операции, повторный прием после операции).

На обслуживание одного пациента при первичном осмотре до операции медицинская сестра затрачивала 29,13 минуты, из них на беседу, включающую предоперационную оценку и психологическую подготовку больного, информирование пациента о способах и средствах ухода за кишечной стомой - 19,09 минут, на маркировку местоположения стомы - 7,33 минуты.

Затраты времени медицинской сестры КРСБ на обслуживание одного пациента при первичном приеме после операции составили 24,12 минуты, при повторном приеме после операции - 20,78 минуты. Рассчитанное средневзвешенное время на одно посещение медицинской сестры КРСБ составило 22,87 мин. (табл.3).

Таблица 3.

Затраты рабочего времени медицинской сестры КРСБ

Вид посещения	Доля посещений (в %)	Среднее расчетное время на одно посещение (мин.)
Первичный прием до операции	16,0	29,13
Первичный прием после операции	22,7	24,12
Повторный прием после операции	61,3	20,78
Всего	100,0	22,87

Плановая функция сестринской должности медицинской сестры КРСБ,

отражающая число посещений в год на одну сестринскую должность, рассчитанная с учётом данных, полученных в ходе фотохронометражных замеров, составила 3337 посещений в год. Соответственно ежедневная норма нагрузки медицинской сестры КРСБ составила 13 посещений в день.

Учитывая особенности функций КРСБ, предназначенного для оказания помощи как амбулаторным, так и стационарным пациентам; нормативы численности рассчитывали по количеству пациентов на одну должность по формуле :

$$N_{\text{паци}} = \frac{B \times k}{T}, \text{ где}$$

Б – годовой бюджет времени в минутах;

к – коэффициент использования рабочего времени на лечебно-диагностическую деятельность;

Т - затраты времени на одного пациента в год.

$$N_{\text{паци}} = \frac{106872 \times 0,714}{96,05} = 794,4 \text{ то есть около } 790 \text{ пациентов.}$$

Проведенный расчет показал, что в год на одну должность медсестры КРСБ должно приходиться 790 стомированных пациентов.

Медико-социальная эффективность организации помощи стомированным пациентам.

Исследование качества жизни пациентов позволяет оценить эффективность профилактических, лечебных и реабилитационных программ, разработать обоснованные рекомендации по совершенствованию системы реабилитационной помощи [Новик А.А., 2007; Помазкин В. И. 2009; Stoia D. J., 2011].

С целью изучения влияния перистомальных кожных осложнений на качество жизни было проведено проспективное этапное исследование. Из 1524 стомированных больных выделены 90 пациентов, оперированных в ГНЦК в период с октября 2009 г. по май 2010 г. Из них в основную группу №2а без осложнений стомы вошли 47 пациентов и в контрольную группу №2б - 43 больных с перистомальными кожными осложнениями.

Проведенное исследование выявило, что перистомальные кожные

осложнения негативно влияют на качество жизни пациентов: общий балл индекса QOL – $41,7 \pm 8,8$ у пациентов с осложнениями значительно ниже, чем в группе больных без осложнений – $57,8 \pm 9,1$ ($p < 0,05$). Значительное понижение величины индекса "Качества жизни" ($36,2 \pm 6,1$) связано с обширным повреждением кожных покровов вокруг стомы (табл 4).

Таблица 4.

Величина поражения перистомальной кожи и индекса QOL у сравниваемых групп пациентов

	Основная группа №2а Без осложнений n=47	Контрольная группа №2б С кожными осложнениями n=43
DET (общий балл) \pm SD	0	$7,1 \pm 2,5$
Площадь поражения (см^2) \pm SD	0	$49,3 \pm 7,3$
QOL (общий балл) \pm SD	$57,8 \pm 9,1$	$41,7 \pm 8,8$

Для изучения эффективности организации медико-социальной помощи стомированным пациентам из 1524 человек было выделено 2 группы больных, наблюдавшихся в КРСБ ФГБУ «ГНЦ колопроктологии» в период с января 2010 г. по декабрь 2010 г. включительно. В основную группу №3а вошли 42 пациента, оперированных в ГНЦ колопроктологии. Контрольную группу №3б составили 27 больных, оперированных в других лечебных учреждениях, не имеющих специализированной помощи стомированным больным.

При анализе специально разработанных анкет выявлено, что удовлетворенность пациентов связана с возможностью общения с компетентными специалистами по уходу за стомой, доступностью и объемом специализированной помощи, а неудовлетворенность объяснялась отсутствием специализированной помощи, невнимательным отношением медицинских работников, недостаточным обеспечением средствами ухода.

При оценке социальной удовлетворенности стомированных пациентов оказанной медицинской помощью средний общий балл в группе №3а (пациентов

оперированных в ГНЦК) составил $33,9 \pm 1,43$, в группе №3б (пациентов, оперированных в других медицинских организациях, не имеющих специализированной помощи стомированным больным) – всего $20,4 \pm 2,6$, ($p < 0,05$) и коррелировал с индексом качества жизни (табл.5).

Таблица 5.

Сравнительная оценка социальной удовлетворенности стомированных пациентов медицинской помощью и индекса качества жизни в группах №3а и №3б.

	Оценка в баллах	
	Основная группа №3а $n_1=42$	Контрольная группа №3б $n_2=27$
Удовлетворенность профессиональным уровнем работы врачей	$4,9 \pm 0,1$	$4,2 \pm 0,5$
Оценка отношения к пациенту лечащих врачей	$4,6 \pm 0,4$	$4,1 \pm 0,6$
Удовлетворенность профессиональным уровнем работы среднего медперсонала	$5,0 \pm 0,1$	$2,9 \pm 1,1^*$
Оценка отношения к пациенту среднего медперсонала	$4,8 \pm 0,2$	$3,5 \pm 1,4$
Удовлетворенность материально-техническим оснащением КРСБ	$4,9 \pm 0,1$	$1,8 \pm 0,6^*$
Удовлетворенность организацией работы КРСБ	$4,8 \pm 0,2$	$2,1 \pm 0,5^*$
Удовлетворенность объемом помощи, оказанной в КРСБ	$4,9 \pm 0,1$	$1,8 \pm 0,7^*$
Удовлетворенность качеством оказания медицинской помощи (общий балл)	$33,9 \pm 1,4$	$20,4 \pm 2,6^*$
QOL (общий балл) \pmSD	$62,9 \pm 4,6$	$47,4 \pm 3,9^*$
* $p < 0,05$		

Общий балл QOL (индекса качества жизни) в группе пациентов №3а, оперированных в ГНЦК, составил $62,9 \pm 4,6$, превысив этот показатель у пациентов группы №3б, оперированных в других учреждениях - $47,4 \pm 3,9$, ($p < 0,05$).

При оценке качества медико-социальной помощи пациенты группы №3а, оперированные в ГНЦК, были удовлетворены большинством аспектов полученной помощи, средний балл составил $3,6 \pm 0,4$. В группе пациентов №3б, оперированных в учреждениях, не имевших специализированной помощи, этот показатель был значительно ниже – $2,2 \pm 0,4$ балла, ($p < 0,05$).

Проведенное исследование по изучению эффективности организации медико-социальной помощи стомированным пациентам показало, что оценка удовлетворенности пациентов качеством медицинских услуг путем анкетирования может служить достаточно объективной информацией в комплексной оценке качества медицинской помощи по реабилитации стомированных больных. Показатели качества жизни больных необходимо использовать для динамической оценки качества оказываемой медицинской помощи. Наличие специализированной помощи значительно повышает качество медицинских услуг и качество жизни стомированных пациентов.

ВЫВОДЫ

1. Разработанные с учетом конкретных клинических ситуаций, технологии медицинской реабилитации стомированных пациентов (протоколы ведения пациентов с кишечной стомой, алгоритмы диагностики и выбора способа лечения осложнений кишечной стомы, подбора технических средств реабилитации) позволили унифицировать оказание помощи данному контингенту и оценить структуру видов лечения осложнений стом: только 32 (31,8%) пациентам с осложнениями понадобилось хирургическое лечение, остальным 57 (68,2%) проведены консервативные мероприятия в КРСБ.
2. Первичным звеном в организации помощи стомированным пациентам является кабинет реабилитации стомированных больных, предназначенный для проведения диагностических, лечебных, профилактических и реабилитационных мероприятий.
3. Проведенные исследования по регламентации труда среднего медицинского персонала КРСБ выявили специфику их деятельности, позволили установить, среднее расчетное время на обслуживание одного пациента - 22,87 минут,

рассчитать планируемую потребность в должности в год: одна должность медсестры КРСБ на 790 стомированных пациентов.

4. Внедрение в клиническую практику разработанной программы реабилитации, привело к существенному снижению частоты всех осложнений стомы с 33,4% до 21,8% ($p < 0,05$), а перистомальных кожных осложнений - в 2 раза, с 20,5 % до 11,7% ($p < 0,05$).
5. Результаты исследований показали, что при развитии перистомальных кожных осложнений происходит снижение качества жизни стомированных пациентов: общий балл индекса QOL – $41,7 \pm 8,8$ у пациентов с осложнениями значительно ниже, чем в группе больных без осложнений – $57,8 \pm 9,1$ ($p < 0,05$).
6. Удовлетворенность оказанной медико-социальной помощью в группе пациентов, оперированных в стационаре, имеющем в своей структуре КРСБ была значительно выше, чем у оперированных в медицинских организациях, не обладающих КРСБ ($33,9 \pm 1,4$ балла и $20,4 \pm 2,6$, соответственно, $p < 0,05$) и коррелировала с индексом качества жизни, который составил соответственно $62,9 \pm 4,6$ и $47,4 \pm 3,9$ балла ($p < 0,05$), что демонстрирует позитивное влияние специализированной службы помощи на повышение качества медицинских услуг и качества жизни стомированных пациентов.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Организация КРСБ в медицинских организациях, осуществляющих хирургическое лечение, связанное с формированием стом существенно снижает частоту осложнений стом и улучшает качество жизни стомированных пациентов.
2. Внедрение разработанных протоколов ведения пациентов с кишечной стомой, а также предложенных алгоритмов позволяет четко определить показания к лечению, выработать оптимальную тактику медицинской реабилитации больных с осложнениями кишечной стомы, стандартизировать проведение реабилитационных мероприятий.
3. Правильный подбор технических средств реабилитации у больных с кишечной стомой обеспечивается применением специального алгоритма, основанного на

клинической классификации стомы, с учетом типа и размера, формы, места наложения стомы, наличия осложнений стомы, а также состояния кожи вокруг стомы и психофизических особенностей пациентов.

4. Для унификации процесса обучения и рациональной организации работы со стомированными больными необходимо использовать инструкцию по обучению пациентов в раннем послеоперационном периоде.

5. Для повышения эффективности реабилитации стомированных пациентов требуется введение новой специальности "Реабилитационное сестринское дело", квалификация - "Медицинская сестра по реабилитации стомированных пациентов".

6. Для оценки эффективности реабилитационной помощи стомированным пациентам следует использовать специализированные анкеты по определению индекса качества жизни и удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи.

СПИСОК НАУЧНЫХ РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Воробьев Г.И., Царьков П.В., Суханов В.Г., Варданын Л.Х., Калашникова И.А., Оршанский Р.Н. Вопросы организации службы реабилитации стомированных пациентов // Колопроктология. - 2005. - №2(12). - С. 46-52.

2. Воробьев Г.И., Ачкасов С.И., Калашникова И.А. Организация службы реабилитации стомированных больных // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. - 2007. - №2. - С.55-56.

3. Калашникова И.А., Ачкасов С.И. Алгоритм диагностики и лечения осложнений кишечной стомы // Колопроктология. - 2009. - №3 (29). - С. 8 – 14.

4. Калашникова И.А., Ачкасов С.И. Алгоритм индивидуального подбора технических средств реабилитации у больных с кишечной стомой // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. - 2007. - №2. - С.56-57.

5. Ачкасов С.И., Калашникова И.А., Чернышов С.В., Фадеева С.А. Оценка эффективности системы «Esteem synergy™» для реабилитации стомированных больных // Колопроктология. - 2008. - №1 (23). - С. 37-40.

6. Калашникова И.А., Ачкасов С.И. Перистомальные кожные осложнения и качество жизни у пациентов с кишечной стомой // Сборник тезисов. Материалы II съезда колопроктологов стран СНГ, III съезда колопроктологов Украины с участием стран центральной и восточной Европы. г. Одесса, 18-20 мая 2010. - С. 261-262.
7. Калашникова И.А., Ачкасов С.И. Критерии эффективности медико-социальной помощи стомированным пациентам // Колопроктология. - 2011. - №3 (37). - С.122.
8. Справочник по колопроктологии, глава «Медицинская реабилитация больных с кишечной стомой» / Ачкасов С.И., Калашникова И.А., под ред. Ю.А. Шельгина, Л.А.Благодарного. М.: «Литерра», 2012. - С. 538-596.
9. Калашникова И.А., Ачкасов С.И., Фадеева С.А. Регламентация труда медицинского персонала кабинета реабилитации стомированных пациентов // «Медицинская реабилитация в колопроктологии». Сборник материалов научно-практической конференции. Ставрополь, 2012. - С.48-50.
10. Калашникова И.А., Фадеева С.А. Телемедицинские консультации пациентов с кишечной стомой // «Медицинская реабилитация в колопроктологии». Сборник материалов научно-практической конференции. Ставрополь, 2012. - С. 51-52.
11. Шельгин Ю.А., Калашникова И.А., Ачкасов С.И. Кожные перистомальные осложнения у пациентов с кишечной стомой // Клиническая и экспериментальная хирургия. Журнал имени академика Б.В.Петровского. - 2013. - №1. - С. 40 – 46.
12. Kalashnikova I. Growth in Russian ostomy patients' rehabilitation services // Helios. – 2006. – Vol.13. - P.18-22.
13. Kalashnikova I. Stoma care in Russia // World Council of Enterostomal Therapist Journal. – 2008. - Vol.28. - N.2. - P.38.
14. Kalashnikova I. Stoma care education in Russia // Helios. – 2009. - Vol.16. – N.2. - P.26-28.
15. Kalashnikova I., Achkasov S., Fadeeva S. Choice of treatment methods of ostomy complications // Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing. – 2010. - Vol.37. - N.3. - P.53.

16. Fadeeva S., Kalashnikova I. Peristomal skin disorders and quality of life in patients with ostomies // Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing. – 2010. - Vol.37. - N.3. - P.58.
17. Kalashnikova I., Achkasov S., Fadeeva S., Vorobyev G. The Development and Use of Algorithms for Diagnosing and Choosing Treatment of Ostomy Complications: Results of a Prospective Evaluation // Ostomy Wound Management. – 2011. – Vol.57. – N.1. – P.20–27.
18. Kalashnikova I., Fadeeva S. The role of online consultations in stoma care // World Council of Enterostomal Therapist Journal. – 2012. - Vol.32. - N.4. - P.36.