

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР КОЛОПРОКТОЛОГИИ
ИМЕНИ А.Н. РЫЖИХ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

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

Диссертация на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

НАУЧНЫЕ РУКОВОДИТЕЛИ:

**Доктор медицинских наук,
профессор ШЕЛЫГИН Ю.А.**

Академик РАН,

доктор медицинских наук,

профессор СТАРОДУБОВ В.И.

Москва-2015

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	4
Глава 1. Современные проблемы организации медико-социальной реабилитации стомированных пациентов	11
Глава 2. Материалы и методы	27
2.1 Характеристика базы исследования	27
2.2 Характеристика клинических наблюдений	29
2.3 Характеристика методов исследования	32
2.3.1 Алгоритм диагностики осложнений кишечной стомы	32
2.3.2 Методика оценки состояния кожи в перистомальной области	38
2.3.3 Исследование качества жизни стомированных пациентов	41
2.3.4 Оценка удовлетворенности пациентов качеством оказания медико-социальной помощи	41
2.3.5 Фотохронометраж	43
2.3.6 Статистические методы исследования	46
Глава 3. Организация медицинской реабилитации стомированных пациентов в специализированной колопроктологической медицинской организации	47
3.1 Структура медико-социальной помощи стомированным пациентам	47
3.1.1 Кабинет реабилитации стомированных больных в структуре медико-социальной помощи больным с кишечной стомой	49
3.2 Ведение стомированных пациентов	54
3.2.1 Протоколы ведения стомированных пациентов	54
3.2.2 Алгоритм выбора способа лечения осложнений кишечной стомы	68
3.2.3 Алгоритм индивидуального подбора технических средств реабилитации для пациентов с кишечной стомой	75
3.3. Влияние усовершенствованной программы реабилитационных	

мероприятий на частоту осложнений кишечных стом	97
Глава 4. Обоснование специализации в оказании медико-социальной помощи стомированным пациентам	102
4.1. Регламентация труда медицинского персонала кабинета реабилитации стомированных больных	102
4.1.1. Установление средних затрат рабочего времени медицинской сестры на оказание медицинских услуг в кабинете реабилитации стомированных больных	103
4.1.2. Определение норм нагрузки медицинского персонала в кабинете реабилитации стомированных больных.....	116
4.1.3. Определение нормативов численности медицинского персонала в кабинете реабилитации стомированных больных.....	118
4.2. Медико-социальная эффективность организации помощи стомированным пациентам	119
4.2.1. Индекс качества жизни стомированных пациентов как критерий эффективности медико-социальной помощи	119
4.2.2. Оценка удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи – инструмент для оптимизации реабилитации стомированных пациентов	126
Заключение	133
Выводы	145
Практические рекомендации	147
Список литературы	148
Приложения	162

ВВЕДЕНИЕ

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. Формирование противоестественного заднего прохода вносит существенные ограничения в жизнь человека и значительно снижает ее качество, что приводит к инвалидизации и высокому уровню социальной дезинтеграции [35, 61,133].

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 [19, 98, 99, 111, 126]. 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 [7, 21, 36, 50, 66, 137], в меньшей степени изучены медицинские аспекты реабилитации стомированных пациентов [60, 70, 127]. Исследования по организации помощи пациентам с кишечной стомой носят единичный характер [15, 18, 54, 69, 82] и в них не представлена структура первичного звена службы реабилитации стомированных пациентов; не разработаны нормативные показатели по труду для специалистов по уходу за стомой; не определены критерии эффективности медико-социальной помощи стомированным пациентам.

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 общества свидетельствует о необходимости дальнейшего совершенствования организации медико-социальной реабилитации стомированных пациентов и оптимизации ее методов, создания единых стандартов оказания 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 больным с кишечной стомой.

- Определен объем и характер деятельности специалиста по медицинской реабилитации стомированных пациентов, установлены средние затраты 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 специализированного колопроктологического учреждения.
- 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 улучшит качество оказания медицинской помощи этому контингенту больных.
- Использование созданных алгоритмов упростит и стандартизирует диагностику осложнений кишечной стомы и выбор лечебных мероприятий, и сократит сроки лечения.
- Систематическое применение в повседневной клинической практике разработанной программы медицинской реабилитации значительно сократит частоту осложнений и улучшит качество жизни пациентов с кишечной стомой.
- Разработанные нормативы по труду медицинского персонала кабинета реабилитации стомированных пациентов позволят рационально организовать работу этого подразделения в лечебном учреждении.

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 диссертации состоялась на совместной конференции ФГБУ «ГНЦ колопроктологии» 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 Минздрава России», в 2006-2013 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 «Алекса́ндро-Ма́риинская о́бластная кли́ническая бо́льница», 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 в ГНЦК, врачей на кафедре колопроктологии ГБОУ ДПО «РМАПО» Минздрава России.

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.

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.

Выражаю глубокую благодарность и признательность Директору ФГБУ «Государственный научный центр колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Министерства здравоохранения Российской Федерации, профессору, доктору медицинских наук Шелыгину Юрию Анатольевичу за предоставленную возможность выполнения настоящей работы и консультативную помощь.

Директору ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, доктору медицинских наук, профессору, академику Российской Академии Наук Стародубову Владимиру Ивановичу за консультативную помощь в проведении исследований и в написании

диссертации.

Искреннюю благодарность и признательность выражаю всем сотрудникам ФГБУ «Государственный научный центр колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Министерства здравоохранения Российской Федерации, оказавшим неоценимую помощь и поддержку во время проведения исследований и выполнения представленной научной работы.

ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Ежегодно, во всем мире тысячи людей подвергаются хирургическому лечению, связанному с формированием кишечных стом [47]. По данным ВОЗ число стомированных пациентов на 100 000 населения составляет 100-150 человек [32]. Около 800 000 пациентов в США [74] и 100 000 в Великобритании имеют стому [90, 105, 148]. В Великобритании ежегодно формируется около 13500 новых стом [53]. В 2011г. в странах Европейского Сообщества насчитывалось примерно 700000 стомированных человек, включая детей и пожилых, (0,14% от общей численности населения), при этом большинство стом (56%) были постоянными [46].

Здоровье пациентов после операции с формированием кишечной стомы, как правило, значительно улучшается, однако возникают психологические, социальные, профессиональные и сексуальные проблемы, обусловленные наличием стомы [86]. Средняя продолжительность жизни стомированных больных после операции колеблется от 6,6 лет для людей с колостомой до 11,3 лет - с илеостомой [46].

В Российской Федерации число стомированных пациентов должно достигать 100-140 тыс., из них 38,2 – 50,8% человек - больные трудоспособного возраста [35]. Однако более точных статистических данных по численности такого рода пациентов нет ввиду отсутствия единого национального регистра.

Подавляющее число пациентов имеет стому в связи с онкологическими заболеваниями толстой кишки [62, 102]. Воспалительные заболевания толстой кишки, дивертикулез, аномалии или травмы толстой кишки так же являются частыми причинами для формирования кишечных стом [62, 133].

До 65% экстренных операций на толстой кишке завершаются формированием колостомы [106]. Проксимальная петлевая трансверзо- или илеостомия, как метод отключения отдела толстой кишки, несущего анастомоз, является частым хирургическим вмешательством для предотвращения

последствий его несостоятельности. Однако формирование превентивной стомы даже с временной целью препятствует адекватной адаптации пациентов в обществе [12, 39, 85, 103, 146].

Вопросы, связанные с формированием стомы и уходом за ней, а также организацией соответствующей помощи стомированным пациентам, всегда являлись одними из актуальных в колоректальной хирургии. Поиски совершенной методики формирования кишечной стомы были направлены на создание простой и надежной в техническом исполнении операции, безопасной и обеспечивающей функциональные результаты, удовлетворяющие больного [78]. Наличие стомы для такого рода пациентов делает затруднительным пребывание в рабочем коллективе, семье и обществе [15, 55, 58].

Несовершенство устройств для приема кишечного содержимого сдерживало, прежде всего, больных от согласия на операцию с формированием кишечной стомы. Развитие специализированной помощи стомированным больным происходило параллельно с разработкой необходимых средств, предназначенных для ухода за стомами [145]. За более чем 200-летний период появилось описание около 450 систем, устройств и клапанов, предназначенных для сбора кишечного содержимого [147].

Наиболее серьезный прорыв в развитии приспособлений, предназначенных для ухода за стомами, был связан с открытием клеящейся основы, способной одновременно фиксировать собирающий мешок к коже и защищать ее от агрессивного кишечного содержимого. Идея создания клеящегося калоприемника принадлежит медсестре из Дании Элизе Соренсен (1954). Норма Джил, пациентка с илеостомой, оперированная американским хирургом Торнболлом по поводу язвенного колита, в 1958 году стала первым специалистом по уходу за больными с кишечными стомами. В 1961 году было открыто училище для подготовки стоматерапевтов (R.V.Turnbull, США). В 1968 году создана Американская Ассоциация стоматерапевтов. Такого рода практика быстро распространилась по всему миру, и в 1976 году была создана Всемирная ассоциация сестер по уходу за стомами [75, 138].

Первый кабинет по уходу за пациентами с кишечными стомами был создан в СССР на базе ГНЦ колопроктологии в 1989 году по инициативе академика РАМН, профессора Г.И. Воробьева. Проведение обучающих семинаров для медицинских сестер колопроктологических стационаров и кабинетов специалистами Центра привело к появлению кабинетов стоматерапии в ряде регионов России. Позднее стали создаваться ассоциации стомированных больных [8].

Формирование противоестественного заднего прохода приводит к столь тягостным и многочисленным функциональным, психологическим и социальным последствиям, что для борьбы с ними требуется создание специализированной медицинской помощи [10, 15, 110].

На эффективность реабилитации пациентов, перенесших операции с формированием стомы, оказывают влияние страх перед неконтролируемыми выделениями, ожидание снижения качества жизни, изменения в образе тела, социальные проблемы (трудоустройство, секс, беременность, ежедневная активность) [97, 117].

Продолжительность и результативность периода реабилитации индивидуальны, однако известны ряд факторов, которые могут положительно влиять на скорейшую адаптацию к изменившимся условиям жизни и эмоциональный статус пациента:

- Адекватные инструкции и консультации специалиста по работе со стомированными больными или обученной медсестры.
- Поддержка членов семьи и близких лиц, а также медицинского персонала.
- Качественные средства ухода за стомой.
- Отсутствие проблем с уходом за стомой.
- Общение с другими пациентами, перенесшими операции с формированием стом [92, 99, 116, 129].

Многие исследования показывают, что успешная адаптация к стоме и улучшение качества жизни происходит в случае обучения самопомощи и надлежащей психологической и медицинской поддержке, осуществляемой

специалистами-медиками (стоматерапевтами) [70, 100, 112, 128, 141].

Многочисленные научные исследования отечественных [4, 5, 6, 7, 21, 36] и зарубежных авторов [50, 66, 137] касаются, в основном, разработки и оценки результативности диагностических и лечебных технологий при осложнениях стомы.

Осложнения после операций с формированием стомы являются значительной проблемой для многих пациентов. Исследования, проведенные в разных странах, показывают, что до 71% пациентов с илеостомой и 43% с колостомой имеют осложнения [93, 123, 131, 132, 137].

Многие истинные причины и механизмы развития осложнений остаются до настоящего времени недостаточно изученными и поэтому интерпретируются авторами по-разному [7, 21, 36, 50, 51, 59, 60, 65, 66, 71, 73, 83, 88, 98, 104, 107, 127, 132, 135, 137].

В отечественной литературе больше внимания уделяется осложнениям стомы с хирургической точки зрения: их профилактике и лечению путем совершенствования оперативной техники [7, 21, 34, 36, 41].

В освещении проблем перистомальной кожи российскими авторами существует терминологическая путаница, отсутствуют единые подходы к классификации, диагностике и методам лечения. Так Манихас Г.М. [18] характеризует кожные осложнения разной степени выраженности как мацерацию и воспаление, что не соответствует дерматологическим, клиническим и патоморфологическим критериям. Олейников П.Н. и соавт. [28] относят перистомальный дерматит к воспалительным осложнениям стомы, полагая причиной его возникновения попадание кишечного содержимого на кожу, что верно лишь отчасти, учитывая многообразие этиологических факторов в развитии перистомальных кожных осложнений.

Многие зарубежные исследователи показывают, что кожные проблемы вокруг стомы являются общими для такого рода пациентов, несмотря на успехи стоматерапии [74, 135, 150]. Исследованиями Herlufsen P. и соавт. (2006) [90] документально подтверждено, что до 40% пациентов с перистомальными

осложнениями не обращались за профессиональной помощью, так как не умели распознать кожные повреждения.

Частота перистомальных кожных осложнений колеблется от 18% до 60% в зависимости от типа стомы [63, 79, 118]. Однако, как указывает в обзоре литературы Salvadalena G. [137], истинную величину частоты этих осложнений измерить трудно из-за различий в дизайне исследований, терминологических определениях, отсутствия достоверных методов измерения кожных проблем.

Для оценки состояния кожи в перистомальной области необходима универсальная методика, которая должна:

- быть простой в использовании и иллюстративной;
- содержать международно-принятую терминологию;
- объективно оценивать состояние перистомальной кожи посредством простых стандартизированных осмотров;
- быть применимой для любых видов стом;
- позволять контролировать эффективность лечения.

Основываясь на вышеперечисленных принципах, в 2008 г. Всемирный консультативный совет стоматерапевтов совместно с дерматологами разработал Ostomy Skin Tool – новый стандартизированный валидный метод оценки состояния перистомальной кожи, основанный на клинических наблюдениях [95, 113]. Метод апробирован в ходе международного клинического исследования The Dialogue Study (2008 - 2011 г.г.), включившего 3000 пациентов и 500 стоматедсестер из 18 стран [48].

Перистомальные кожные осложнения являются наиболее распространенной причиной для посещений стомированными пациентами специализированных центров [135]. Проблемы с кожей вокруг стомы значительно удорожают лечение [114] и отрицательно влияют на качество жизни стомированных пациентов [80, 118, 119, 120, 127]. Комплексный подход к профилактике и лечению перистомальных кожных осложнений начинается до операции и продолжается до тех пор, пока стома может быть закрыта, или пожизненно для людей с постоянной стомой [135].

Анализ многочисленных исследований, как зарубежных [50, 51, 59, 60, 65, 66, 71, 73, 83, 88, 98, 104, 107, 132, 135, 137], так и отечественных авторов [7, 21, 34, 36, 41], позволил выявить различие подходов к оценке осложнений, возникающих со стороны кишечных стом, что, на наш взгляд, обусловлено отсутствием их единой систематизации, универсальной методики диагностики. Это диктует необходимость разработки унифицированной классификации осложнений, алгоритмов диагностики и лечения.

По мнению Дорничева В.М. и соавт. [11] построение системы реабилитации в медицине, в том числе и для пациентов со стомой, может быть осуществлено только на основе соблюдения ведущих организационных принципов:

- своевременность оказания помощи;
- специализированность медицинской помощи;
- дифференцированность медицинских методик и средств в зависимости от особенностей формы патологии;
- этапность оказания помощи с обязательным определением цели и решением задач текущего этапа;
- преемственность методик лечения и восстановления на основе учета их эффективности;
- комплексность, то есть оптимальное сочетание методов и средств терапии, обеспечивающих максимальные темп и эффективность реабилитации;
- корригируемость (управляемость) лечебного воздействия средствами оперативного контроля эффективности;
- непрерывность процесса реабилитации;
- оптимальность восстановления дефицитных функций организма в каждом конкретном случае.

Многоплановость задач реабилитации обуславливает необходимость ее деления на три вида: медицинская, профессиональная и социальная [17]. Реабилитация стомированных людей должна носить комплексный характер [35], и заключается в обеспечении пациентов с кишечной стомой квалифицированной хирургической помощью, проведении профилактических мероприятий,

направленных на предупреждение и раннее выявление осложнений стомы, осуществлении психологической и социальной поддержки [60, 70, 126]. Специально обученный персонал должен обеспечивать комплексный уход за стомированными пациентами в стационарах и на дому [20, 57].

Роль системообразующего фактора, связывающего различных участников реабилитационного процесса в единую систему комплексной реабилитации стомированных пациентов, должна сыграть стоматерапевтическая служба [18, 82]. Однако исследования по организации помощи пациентам с кишечной стомой немногочисленны, как в отечественной [15, 18], так и в зарубежной литературе [54, 69, 82].

Программа комплексной реабилитации стомированных больных впервые в отечественной литературе была изложена Г.И. Воробьевым и соавт. в 2005 г. [9].

Манихас Г.М. в 2006 г. обобщил опыт работы отделения реабилитации стомированных пациентов на базе онкологического стационара [18]. Разработанная автором модель реабилитационного процесса стомированных больных определяет структуру комплексной реабилитации этого контингента и стоматерапевтической службы в целом. Автором проанализированы результаты стоматерапевтической помощи у больных с различными видами кишечных и уростом. В качестве критериев эффективности реабилитационного процесса оценивались: психологическая адаптация к наличию стомы и ее функционированию, восстановление трудоспособности до уровня, предшествовавшего операции, восстановление социального статуса после проведенного реабилитационного процесса, сохранение ролевого статуса в семье. Все показатели были статистически достоверно выше в группе больных, прошедших все этапы реабилитационного процесса.

Однако, на наш взгляд, существенными недостатками данной работы являются то, что в ней: не представлена организационная структура первичного звена в оказании медико-социальной помощи стомированным пациентам, не разработаны нормативные показатели по труду для специалистов по уходу за стомой, не использованы методики объективного анализа для оценки качества жизни

стомированных пациентов.

Следует отметить, что за рубежом, несмотря на давность возникновения стоматерапии, единой системы оказания помощи стомированным пациентам нет даже в странах с государственной медициной. Сведения о структуре помощи стомированным пациентам единичны и дают лишь общее представление об истории создания, проблемах и перспективах развития специализированной службы, взаимодействии ее с общественными организациями [64, 125, 142, 149]. Только в работе Fliescher I. [82] описаны общие принципы организации стома-центра на базе госпиталя скорой медицинской помощи.

Согласно международным стандартам [56, 72, 92, 134, 151], стоматерапевтическая помощь населению проводится по следующим направлениям:

- Предоставление специализированного ухода за стомированными пациентами в стационарах, который включает: интенсивную предоперационную подготовку и послеоперационный уход, обучение уходу за стомой пациентов и родственников, подбор продукции, удовлетворяющей индивидуальные потребности пациентов, консультирование по диете в соответствии с видом стомы, профилактику и диагностику осложнений.
- Консервативное лечение осложненных стом, а также уход за множественными стомами и свищами.
- Динамическое наблюдение, консультирование стомированных пациентов в амбулаторных условиях.

Это требует высокой профессиональной подготовки и навыков, применения передовых достижений стоматерапии.

Цель стоматерапевтической помощи – обучение пациента самостоятельному уходу, создание условий для эффективной реабилитации и обеспечение высокого качества жизни. Доказано, что обучение пациентов с кишечной стомой имеет первостепенное значение в процессе перехода пациента от стационарной медицинской помощи к самостоятельному уходу [89, 96, 108]. Chaudhri S. и соавт.

[68] в рандомизированном контролируемом исследовании у 42 пациентов показали, что в группе больных, получивших интенсивное предоперационное обучение, сроки приобретения навыков ухода за стомой сократились до 5,5 дней против 9 дней в контрольной группе ($P=0,0005$), время пребывания в стационаре уменьшилось до 8 дней против 10 дней в контрольной группе ($P=0,029$). Такие же закономерности выявлены Naugen V. и соавт. [89]. Этот фактор становится крайне важным, учитывая имеющуюся в мировой хирургической практике тенденцию к снижению продолжительности пребывания в стационаре и, в силу этого, ограниченные возможности обучения [81].

Успех в уходе за стомированными пациентами требует общих усилий специалистов по уходу за стомой, врачей, пациентов и их родственников, общественных организаций (ассоциаций пациентов) [100, 121, 142].

В Российской Федерации в настоящее время во многих регионах идёт расширяющийся процесс поиска организационных форм отечественной системы помощи стомированным пациентам. Что затрудняет этот процесс? Прежде всего, это отсутствие единых принципов организации работы, стандартов оснащения, структуры службы, штатов.

В целях повышения доступности и качества колопроктологической помощи, оказываемой населению Российской Федерации, приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 2 апреля 2010 г. №206-н [26] утверждено положение о кабинете реабилитации стомированных больных (КРСБ), согласно которому это подразделение предназначено для проведения диагностических, лечебных, профилактических и реабилитационных мероприятий стомированным пациентам. При подготовке приказа был учтен опыт организационной работы КРСБ ФГБУ «ГНЦ колопроктологии» Минздрава России.

Согласно вышеуказанному приказу в КРСБ ведение больных осуществляется колопроктологом и медицинской сестрой, имеющих специальную подготовку по реабилитации стомированных больных.

Ввиду отсутствия в нашей стране сертифицированной профессии и системы

специального медицинского образования по реабилитации больных со стомой для средних медработников, роль организатора реабилитационной помощи стомированным больным, как правило, сейчас возложена на врача. Однако мировой опыт показывает, что специально обученный средний медперсонал может самостоятельно оказывать квалифицированную реабилитационную помощь стомированным пациентам в рамках своей компетенции [52, 68, 70, 141].

В круг обязанностей медицинской сестры, работающей со стомированными пациентами, входит целый комплекс услуг не только по уходу за стомой, но и профилактике и лечению ее осложнений. Важными аспектами ее деятельности являются: предоперационная подготовка, обучение и консультирование пациентов и их родственников, контроль процесса реабилитации пациентов и оказание помощи в адаптации пациентов к новому образу жизни, сотрудничество с учреждениями здравоохранения по вопросам организации реабилитационного процесса и обеспечения стомированных пациентов средствами ухода за стомой; организация образовательных и скрининговых программ по профилактике и диагностике рака кишечника и мочевого пузыря, участие в научно-исследовательской работе [56, 92, 122, 151].

В зарубежной практике при работе со стомированными пациентами врач-консультант решает вопросы хирургической реабилитации и специализированной (онкологической, дерматологической и др.) помощи [81,82].

В то же время, опыт работы отечественных медицинских организаций показывает, что при достаточно высокой клинической эффективности медицинских услуг, оказываемых в этих учреждениях, экономическая эффективность оказывается низкой; так как медицинский персонал используется не всегда рационально. Врачи стационаров часто занимают должности и выполняют функциональные обязанности, которые с успехом могут осуществляться специально подготовленным средним медицинским персоналом [1].

Увеличение потребности населения в реабилитационной помощи и реформа сестринского дела предполагают значительное изменение функций и организации

труда среднего медицинского персонала, что будет способствовать более рациональному использованию потенциала медицинских работников [45]. Расширение полномочий медицинской сестры, повышение престижа этой профессии, современный подход к процессу оказания сестринской помощи пациенту – все это требует внедрения новых форм организации труда медицинских сестер [13, 15, 29, 57, 77].

Вместе с тем, в отечественной литературе практически не нашли достаточного освещения вопросы организации и планирования сестринского реабилитационного процесса, не определены место, роль и значение медицинской сестры в современной системе реабилитации, отсутствуют научно обоснованные рекомендации по оптимизации работы сестринского персонала в центрах реабилитации стомированных пациентов.

В настоящее время в нашей стране правовые документы, регламентирующие деятельность медицинского персонала, не соответствуют характеру и сложности выполняемых ими работ, так как нормативно-правовая база по организации труда медицинских работников была разработана в конце XX столетия [43, 44], а для медицинского персонала по реабилитации стомированных пациентов отсутствует вовсе. Новые направления в медицине определяют необходимость совершенствования регламентации труда в здравоохранении. По данным исследований отечественных и зарубежных авторов регламентация труда медицинского персонала позволяет оценивать эффективность труда, оптимизировать кадровую структуру [33, 37, 40, 94, 115].

Изучение регламентации труда медицинского персонала КРСБ позволит обосновать необходимость специализации в оказании медико-социальной помощи стомированным пациентам, что делает настоящее исследование чрезвычайно актуальным.

Одним из ведущих инструментов решения многих медико-социальных задач является разработка и внедрение стандартизированных технологий оказания медицинской помощи. Создание и развитие системы стандартизации в здравоохранении обусловлено объективной необходимостью обобщения,

унификации и общедоступности новых результатов исследований и разработок в форме нормативно-технической документации для формирования условий для эффективного применения их в сфере оказания медицинской помощи [24].

Руководства по оказанию помощи стомированным пациентам в зарубежных странах созданы профессиональными сообществами: ассоциациями специалистов [92, 122, 134, 151].

В основу рекомендаций экспертных советов RNAO (ассоциация медсестер Канады) от 2009 г. [134] и WOCN (ассоциация медсестер США) от 2010 г. [151] легли методы, применяемые на практике с указанием уровня доказательности по материалам научных исследований.

Г.М. Манихас [18] полагает, что реабилитационный процесс стомированных больных предусматривает поэтапное использование разработанных стандартов на протяжении всей жизни стомированного пациента. В целях обеспечения гарантированного минимума объема оказания стоматерапевтической помощи каждому пациенту этим автором разработаны стандарты: Стандарт I – Адекватное информирование. Стандарт II – Предоперационная подготовка. Стандарт III – Послеоперационный уход. Стандарт IV – Амбулаторное наблюдение. Однако в стандартах послеоперационного ухода за стомой и амбулаторного наблюдения не предусмотрено дифференцированного подхода к ведению пациентов с осложнениями кишечной стомы.

В ФГБУ «ГНЦ Колопроктологии» Минздрава России в 2005 г. разработаны рекомендации по реабилитационным мероприятиям, обеспечению техническими средствами реабилитации стомированных пациентов. При их создании использовался многолетний опыт работы ГНЦК, региональных служб помощи стомированным пациентам, а также учитывался зарубежный опыт организации реабилитационной стоматерапевтической помощи [9].

В условиях развития новой для нашей страны специализированной системы реабилитационной помощи особую актуальность приобретает разработка критериев эффективности и качества помощи пациентам с кишечными стомами.

Данные многочисленных исследований убедительно показывают, что

индекс качества жизни пациентов со стомой необходимо использовать для динамической оценки качества оказываемой медицинской помощи [84, 85, 91, 99, 101, 109, 112, 120, 136, 139, 152].

Оценка качества жизни предоставляет возможность более точно оценивать изменения и нарушения в состоянии здоровья пациентов, отчетливо представлять суть клинической проблемы, выбирать наиболее рациональный подход к лечению, удовлетворяющий, прежде всего, интересы больного [3, 16, 140].

Marquis P. и соавт. [112] использовали определение индекса качества жизни для респондентов с коло-, илео- и уростомой при выписке из больницы и в сроки 3, 6, 9 и 12 месяцев после выписки. Анализ показал, что индекс качества жизни стабильно растет в течение первого года после операции с наложением стомы, но статистически значимая разница определяется только в показателях после выписки из больницы и в сроки 3 месяца после вмешательства. Ma N. и соавт. [109] оценили влияние возраста на индекс качества жизни за первые 12 месяцев после операций с формированием стомы в группе из 49 субъектов (средний возраст 64 года, диапазон 23-86 лет) после выписки из больницы, через 6 и 12 месяцев. Пациенты в возрасте 70 лет и старше, как правило, имели изначально более высокий индекс качества жизни, чем молодежь, но у них не происходило постепенного возрастания этого показателя в течение первого послеоперационного года.

По мнению ряда авторов, исследование качества жизни пациентов позволяет оценить эффективность профилактических, лечебных и реабилитационных программ, разработать обоснованные рекомендации по совершенствованию системы реабилитационной помощи [22, 23, 31, 144]. Достоверное улучшение показателей качества жизни у лиц с кишечной стомой в результате оказания специализированной сестринской помощи продемонстрировано в 2 рандомизированных клинических исследованиях, проведенных Pittman J. и соавт. [126] и Stoia Davis J. и соавт. [143].

Для оценки качества жизни пациентов, перенесших операции с формированием стомы, используются разные методики [85, 86, 112, 120]. Однако

большинство опросников и анкет было создано исследователями на основе литературных данных, мнений экспертов в определении потребностей пациентов, а использование методик было трудоемким. Prieto L. и соавт. [129] на основании интервью со стомированными пациентами в разных странах Европы разработали универсальный и простой метод оценки качества жизни пациентов вне зависимости от их культурных принадлежностей Stoma-QoL («Стома – качество жизни»). Эта методика доступна на 15 языках, является действенным и надежным инструментом для измерения индекса качества жизни, связанного со здоровьем у стомированных пациентов. Преимуществом метода является возможность его применения как в клинической практике, так и при проведении научных исследований [126, 127, 129].

До настоящего времени мало изучена степень влияния осложнений стомы на качество жизни [119, 129].

Согласно современным взглядам, оценка эффективности медицинской помощи должна включать изучение удовлетворенности потребителя [76], так как, во-первых, это одна из основных задач всей системы здравоохранения а, во-вторых, она является одним из индикаторов качества работы медицинского персонала. Кроме того, удовлетворенность пациентов является одним из четырех критериев качества медицинской помощи, рекомендуемых ВОЗ.

Существует достаточно свидетельств, подтверждающих, что анкеты-вопросники по удовлетворенности являются значимым, практически осуществимым и полезным способом содействия постоянному улучшению в оказании медико-социальной помощи [30, 116, 124]. Однако зарубежные публикации по изучению качества помощи стомированным пациентам носят единичный характер [49, 123, 124], а в отечественной литературе отсутствуют вовсе.

Persson E. and Larsson B. [123, 124] при определении удовлетворенности уходом после операции с формированием стомы обнаружили, что получение полноценной информации об оказании специализированной помощи было определено как наиболее важный показатель качества медицинской помощи

стомированным пациентам. Удовлетворенность была связана с возможностью общаться с стома-специалистами по вопросам, касающимся их здоровья и жизненной ситуации, а недовольство - с наличием осложнений стомы и отсутствием специализированной поддержки.

Оценка удовлетворенности пациентов качеством медицинских услуг путем анкетирования является обобщением субъективного мнения каждого больного, но при массовых скрининговых исследованиях может служить достаточно объективной информацией в комплексной оценке качества медицинской помощи . [2, 42].

На наш взгляд, проблема оценки эффективности оказания медицинской помощи с учетом особенностей проведения реабилитационных мероприятий стомированным пациентам освещена недостаточно.

Развитие хирургических методов привело к сокращению смертности, увеличению продолжительности жизни пациентов, перенесших оперативные вмешательства с формированием кишечных стом, в связи с чем появился соответствующий спрос на обеспечение реабилитационных потребностей стомированных пациентов. Рождение стоматерапии, как специализированного вида помощи, в 1958 году сосредоточило интересы специалистов и ресурсы в этой важной области ухода за больными. Сегодня это направление продолжает двигаться по долгому пути развития для удовлетворения физических и психологических потребностей лиц, подвергнувшихся хирургии с формированием кишечных стом.

Однако в настоящее время еще многие проблемы оказания помощи стомированным пациентам остаются до конца нерешенными.

Проведенные ранее исследования по диагностике, профилактике и лечению осложнений стомы выявили множество эмпирических данных, полученных в результате накопленного опыта отдельных специалистов или учреждений. Необходимость создания унифицированного подхода к классификации, методам диагностики, выбору тактики лечения больных с осложнениями кишечной стомы послужила основанием для проведения настоящего исследования.

Отсутствие должного внимания к вопросам организации медико-социальной помощи стомированным пациентам явилось дополнительным поводом к изучению данной проблемы. Исследования по этой теме немногочисленны, как в отечественной, так и в зарубежной литературе.

Создание единых стандартов оказания помощи пациентам с кишечной стомой, исследования по регламентации труда медицинского персонала, работающего с этим контингентом больных, изучение эффективности оказания специализированной помощи представляются чрезвычайно актуальными и своевременными.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Характеристика базы исследования

Изучение организации медико-социальной помощи стомированным пациентам с кишечной стомой проводилось на базе Федерального государственного бюджетного учреждения «Государственный научный центр колопроктологии имени А.Н.Рыжих Министерства здравоохранения» (ФГБУ "ГНЦК им. А.Н.Рыжих" Минздрава России).

Свою историю ГНЦК ведет с 1965 года, когда отделение проктологии, созданное профессором А.Н. Рыжих, стало научно-исследовательской лабораторией (НИЛ) по проктологии с клиникой Министерства здравоохранения РСФСР. В январе 1978 года Научно-исследовательская лаборатория по проктологии с клиникой была преобразована в Научно-исследовательский институт проктологии Минздрава РСФСР, на который возложены функции головного научного учреждения в РСФСР по проблемам проктологии и одновременно роль Всесоюзного головного Научно-методического и консультативного центра по этой специальности. В 1993 году НИИ проктологии переименован в Государственный Научный Центр проктологии МЗ РФ, а в 1995 году ГНЦ проктологии стал называться Государственным Научным Центром колопроктологии (ГНЦК).

ФГБУ «ГНЦ Колопроктологии» Министерства здравоохранения России является специализированным учреждением, занимающимся разработкой и внедрением методов лечения заболеваний толстой кишки. Научный центр имеет в своей структуре 3 отдела: научных основ развития колопроктологической помощи, клинический и лабораторный. В состав клинического отдела входят научно-консультативная поликлиника и 9 отделений:

- отделение общей колопроктологии ,
- отделение общей и реконструктивной колопроктологии,
- отделение онкопроктологии,
- отделение хирургии ободочной кишки,

- гастроэнтерологическое отделение,
- отделение анестезиологии и реанимации,
- отделение неотложной колопроктологии,
- отделение эндоскопической хирургии,
- отделение реабилитации.

Отделение реабилитации, образованное в 2013 г., в связи с расширением функций, из кабинета реабилитации стомированных больных, созданного в ГНЦК в 1989г., осуществляет разработку, внедрение и реализацию эффективных методов медицинской реабилитации пациентов колопроктологического профиля (пациенты с кишечными стомами, кишечными свищами, инконтиненцией, сложными ранами).

В состав диагностических отделений входят: отдел лучевой диагностики, эндоскопическое отделение, клинико-биохимическая лаборатория, микробиологическая лаборатория с группой иммунологических исследований, патоморфологическая лаборатория и лаборатория клинической патофизиологии.

ФГБУ «ГНЦК» Минздрава России рассчитано на 250 коек, в Центре ежегодно выполняется около 4000 хирургических вмешательств.

Информационной базой исследования послужили источники официальной статистической отчетности (амбулаторные карты, истории болезни) и инструменты сбора первичного материала: тематические карты стомированного пациента; анкеты социальной удовлетворенности пациента медицинской помощью, оказанной в КРСБ; карты оценки качества медицинской помощи стомированному пациенту; карты фотохронометражных наблюдений рабочего процесса медсестры КРСБ.

Осуществление динамического учета и наблюдения стомированных пациентов реализовывалась с помощью использования специально созданной программы "База данных по реабилитации стомированных пациентов". Эта программа обеспечивает ввод, корректировку, хранение, поиск и сортировку информации о стомированных пациентах, обеспечении их средствами ухода за стомой, значительно облегчает ведение медицинской документации. База данных

является универсальной для использования на любом уровне, отвечая специфическим задачам всех этапов реабилитационного процесса. Программа рассчитана на непрофессионального пользователя (среднего медицинского работника, прошедшего специальную подготовку) и разработана для решения задачи комплексной реабилитации стомированных пациентов. Введение в базу данных фотоизображения стомы, полученного с помощью цифровой камеры, делает возможным сравнение изображений в динамике в случае развития патологических изменений.

2.2 Характеристика клинических наблюдений

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

Из них в основную проспективную группу №1а включено 409 стомированных 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 №1б 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 (превентивные проксимальные стомы, стомы, наложенные в качестве этапа

лечения с возможностью последующей реконструктивно-восстановительной операции), 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.

Нами было установлено, что у больных основной группы №1а и контрольной группы №1б примерно с одинаковой частотой формировались различные типы стом (табл. 1).

Таблица 1.

Типы кишечных стом у пациентов основной группы №1а и контрольной группы №1б

Тип стомы	Основная группа №1а n ₁ =409		Контрольная группа №1б n ₂ =956	
	илеостома	105	25,6%	218
трансверзостома	98	24,0%	184	19,2%
сигмостома	184	45,0%	522	54,6%
другой	22	5,4%	32	3,3%
Итого:	409	100%	956	100%

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 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. (табл. 2).

Характеристика стомированных пациентов
основной группы №2а и контрольной группы №2б

	Основная группа №2а Без осложнений n ₁ =47	Контрольная группа №2б Кожные осложнения n ₂ =43
Мужчины, n (%)	13 (27,7%)	11 (25,6%)
Женщины, n (%)	34 (72,3%)	32(74,4%)
Возраст (годы) ± SD	49 ± 16	50 ± 15
Колостома n(%)	30 (64,1%)	27 (62,8%)
Илеостома n (%)	17 (35,9%)	16 (37,2%)
Время после операции (мес.) ± SD	2,5 ± 0,5	2,7± 0,6

Для оценки характера и величины поражения кожи вокруг стомы использовали алгоритм диагностики перистомальных кожных осложнений, DET-шкалу Ostomy Skin Tool, 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 службы помощи стомированным больным (табл. 3) .

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 основной группе №3а у 24 (57,1%) стомированных пациентов имелась

колостома, у 18 (42,9%) была сформирована илеостома.

Похожее соотношение по типам стом было и во второй группе пациентов, колостом - 16 (59,3%) и илеостом - 11 (40,7%).

Критериями включения в группы №3а и №3б было наличие постоянной кишечной стомы и отсутствие осложнений.

Таблица 3.

Характеристика стомированных пациентов, включенных в основную группу №3а и контрольную №3б

	Основная группа №3а n ₁ =42	Контрольная группа №3б n ₂ =27
Мужчины, (%)	19 (45,7)	12 (44,4)
Женщины, n (%)	23 (54,3)	15 (55,6)
Возраст ± SD	59,7 ± 16,5	58,3 ± 15,9
Колостома, n (%)	24 (57,1)	16 (59,3)
Илеостома, n (%)	18 (42,9)	11 (40,7)
Время после операции (месяцы) ± SD	3,5 ± 0,5	3,7 ± 0,5

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

2.3 Характеристика методов исследования

2.3.1 Алгоритм диагностики осложнений кишечной стомы

Многообразие клинических и топографо-анатомических форм осложнений кишечной стомы создает ситуацию, при которой интерпретация полученных данных, выбор тактики лечения переменны и неоднозначны. По этим причинам и на основании анализа собственного опыта мы разработали алгоритмы диагностики и лечения этой группы пациентов.

Опираясь на данные литературы [60, 72, 137] и собственные клинические наблюдения, 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 кишки, втянутость стомы, пролапс, парастомальные грыжи, стриктуру, свищ, гиперплазию слизистой кишки, рецидив опухоли в области стомы.

Чаще всего причиной возникновения осложнений стомы является нарушение хирургической техники при формировании стомы, а также неправильный выбор ее местоположения. Осложнения стомы описываются изменением самой кишки или ее отношением к передней брюшной стенке.

К *перистомальным кожным осложнениям* мы отнесли: контактный перистомальный дерматит, аллергический дерматит, фолликулит, гангренозная пиодермия, гиперкератоз, гипергрануляции кожи, другие поражения кожи (грибковый дерматит, псориаз и др.). Основными причинами появления перистомальных кожных осложнений являются: нарушения технологии ухода за стомой, сочетание с осложнениями стомы, индивидуальные особенности кожи пациента. Перистомальные кожные осложнения характеризуются изменениями кожных покровов вокруг стомы.

КЛАССИФИКАЦИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ КИШЕЧНЫХ СТОМ

I. Осложнения стомы:

- Кровотечение
- Некроз
- Эвентрация в области парастомальной раны
- Несостоятельность кожно-кишечного шва
- Парастомальный абсцесс
- Парастомальная флегмона
- Ретракция кишки

- Втянутость стомы
- Пропалс
- Парастомальная грыжа
- Стриктура
- Свищ
- Гипергрануляции слизистой оболочки
- Рецидив злокачественного новообразования в области стомы

II. Перистомальные кожные осложнения:

- Контактный дерматит
- Аллергический дерматит
- Фолликулит
- Гангренозная пиодермия
- Гиперкератоз
- Гипергрануляции кожи
- Другие кожные заболевания (псориаз, экзема и т.д.)

Для диагностики осложнений стомы нами был разработан и использован алгоритм [14], приведенный ниже (рис. 1):



Рисунок 1. Алгоритм диагностики осложнений кишечных стом.

Согласно алгоритму последовательность диагностических этапов такова: после определения локализации осложнений (стома или кожа вокруг стомы) визуально устанавливают характер изменений в области стомы. При необходимости уточнения диагноза применяют инструментальные и лабораторные методы диагностики:

- рентгенологические методы исследования: ирригоскопия, фистулография, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография (диагностика парастомальных грыж, свищей, стриктур, рецидива опухолевого процесса);
- УЗИ парастомальной области (диагностика парастомальных абсцессов, свищей);
- патоморфологические исследования биопсийного материала (дифференциальная диагностика гипергрануляций слизистой, рецидива опухоли в области стомы);
- микробиологические исследования раневого отделяемого (диагностика воспалительных осложнений).

Если изменения обусловлены самой, выведенной на переднюю брюшную стенку кишки, оценивается их характер при внешнем осмотре (рис. 2). При этом определяется расположение кишки по отношению к уровню брюшной стенки, конфигурация брюшной стенки в парастомальной области, оценивается диаметр кишки и состояние ее стенки, выявляются изменения парастомальной раны.

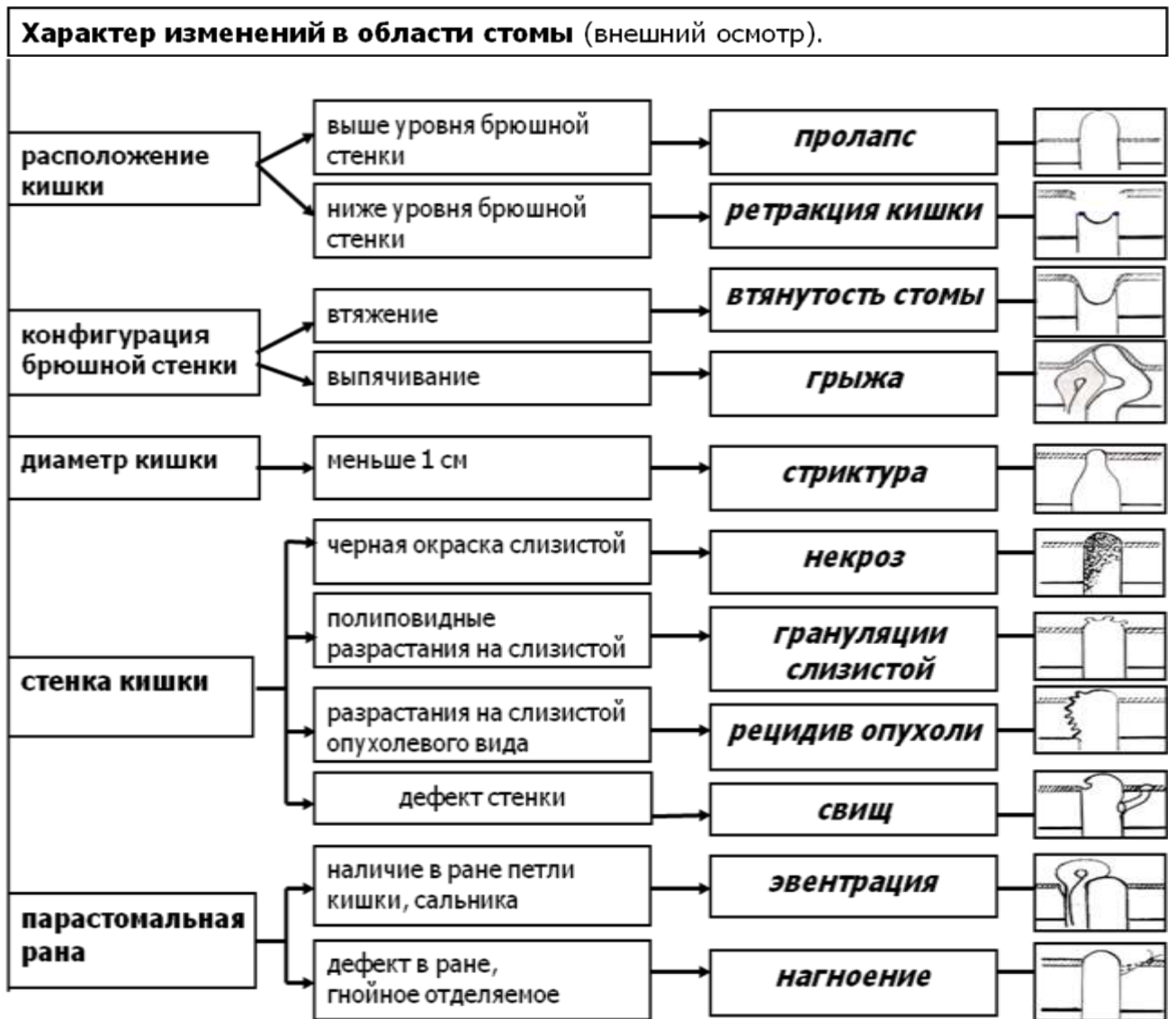


Рисунок 2. Характер изменений в области стомы по данным внешнего осмотра.

При пальцевом исследовании стомы определяется размер стомы, наличие или отсутствие дефекта в апоневрозе, расположение петли кишки или сальника в клетчатке вокруг стомы, выявляется дефект стенки кишки или наличие инфильтрата в парастомальной области (рис. 3). Важно определить не только характер, но и уровень выявленных изменений (кожа, подкожная клетчатка, апоневроз), так как это имеет значение для выбора тактики лечения осложнений.



Рисунок 3. Характер изменений в области стомы, определяемый при пальцевом исследовании.

Для диагностики перистомальных кожных осложнений мы использовали алгоритм, построенный с учетом особенностей клинических проявлений поражения кожи (рис. 4).

При внешнем осмотре оценивали окраску кожных покровов, наличие и степень их повреждения. Устанавливали связь между появлением изменений в перистомальной области и воздействием различных факторов таких как: протекание кишечного отделяемого под пластину, механическое повреждение кожи вследствие неправильного ухода за стомой, применение новых средств ухода за стомой, инфицирование кожи или волосяных фолликулов, наличие кожных болезней другой локализации.



Рисунок 4. Характер изменений кожи в области стомы по данным внешнего осмотра.

Такая дифференциация обусловлена разной симптоматикой и степенью повреждения кожных покровов, что важно для выбора метода лечения перистомальных кожных осложнений.

Для дифференциальной диагностики использовались патоморфологические и микробиологические методы исследования.

2.3.2 Методика оценки состояния кожи в перистомальной области

Для оценки состояния кожи в перистомальной области мы использовали модифицированную нами методику Ostomy Skin Tool (руководство по диагностике перистомальных кожных осложнений), разработанную в 2008 г. Всемирным консультативным советом стоматерапевтов совместно с дерматологами [113].

Оценочная шкала (DET шкала) использовалась нами для определения

состояния перистомальной кожи по следующим категориям (доменам): D - Discoloration – изменение цвета, E - Erosion – эрозия, T - Tissue overgrowth – гиперплазия ткани, которые являются основными признаками большинства кожных осложнений.

В каждом домене оценивалась площадь поражения кожи в перистомальной области, находящейся под адгезивом, и степень выраженности изменений в баллах. Максимальное количество баллов в каждом домене:

- 3 балла за величину площади поражения (менее 25% - 1 балл, 25-50% - 2 балла, более 50% - 3 балла),
- 2 балла за степень выраженности изменений.

С помощью DET шкалы по трем доменам (изменение цвета, эрозия и гиперплазия ткани) определяется общий балл, характеризующий состояние кожи в перистомальной области (рис. 5). Максимальный общий балл по трем доменам составляет 15 баллов, здоровая кожа оценивается по DET шкале 0 баллов. Повторное использование DET шкалы позволяет проследить динамику выраженности изменений кожи на фоне проводимой терапии.



Перистомальный дерматит



Площадь изменения цвета перистомальной кожи



Площадь эрозии перистомальной кожи

	площадь	тяжесть	итого
D	3	2	5
E	2	2	4
T	0	0	0
общий балл	9		

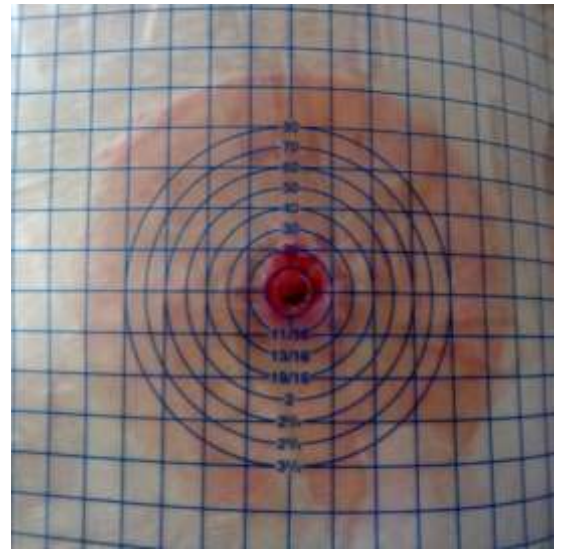
Рисунок 5. Пример использования DET- шкалы для оценки состояния перистомальной кожи у больного К. Амб.карта № О-1278.

В своем исследовании для диагностики перистомальных кожных осложнений мы использовали алгоритм, построенный с учетом особенностей клинических проявлений поражения кожи, в котором выделены наиболее общие признаки и вопросы, значимые для диагностики, впервые использованы пиктограммы при изображении осложнений (рис. 4).

Размеры площади поврежденной перистомальной кожи являются важными индикаторами ее состояния, которое определяет герметичность и надежность используемых средств ухода за стомой. В связи с чем, мы решили дополнить методику диагностики перистомальных кожных осложнений измерением площади измененных кожных покровов при помощи палетки (прозрачной наклейки на кожу, рану, расчерченной на квадратики одинакового размера, площадь одного квадратика 1 см^2), с ручным подсчетом площади поражения (рис. б).



а



б

Рисунок 6 а) аллергический перистомальный дерматит у больной Р., амб.карта № Н-1428, б) пример использования палетки для определения площади поражения перистомальной кожи у больной Р.

С целью объективизации диагностики перистомальных кожных осложнений мы использовали цифровую фотографию.

2.3.3 Индекс качества жизни стомированных пациентов.

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 [129].

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).

Анкета, состоящая из 20 вопросов, обычно заполняется пациентами менее чем за 10 минут, при необходимости может быть заполнена интервьюером (приложение №1).

2.3.4 Оценка удовлетворенности пациентов качеством оказания медико-социальной помощи.

Вопросник, на основании которого получали показатели социальной удовлетворенности стомированных пациентов медицинской помощью, оказанной в лечебном учреждении, был разработан нами по аналогии с Европейским вопросником Международной целевой группы по оценке пациентами общего медицинского обслуживания.

При разработке системы критериев и показателей методики мы исходили из того, что используемые показатели должны иметь количественное выражение с целью обеспечения возможности математической обработки полученных данных и использования для этих целей вычислительной техники.

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. Оценивались удовлетворенность профессиональным уровнем работы врачей и медсестер, их отношением к пациенту, материально-техническим оснащением и организацией

службы помощи стомированным пациентам, объемом помощи, оказанной в лечебном учреждении.

Общий средний балл, оценивался от 7 (самый низкий показатель) до 35 (самый высокий показатель). Образцы анкет для формализованного интервью приведены в приложении № 2.

При оценке качества медико-социальной помощи стомированным пациентам использовали анкеты, специально созданные для изучения специфических аспектов организации ухода за стомой: «Оценка качества полученной медико-социальной помощи стомированным пациентам» (приложение №3) и «Оценка качества ожидаемой медико-социальной помощи стомированным пациентам» (приложение №4). Каждая анкета включала в себя 13 вопросов, сгруппированных по основным трем направлениям - блокам:

- информация и поддержка (8 вопросов: 1, 4, 6-10, 13);
- медицинская помощь (2 вопроса: 11,12);
- взаимодействие пациента и медицинского работника (3 вопроса: 2,3,5).

Применялась четырех бальная шкала, чтобы оценить воспринятую действительность («Я получил...») и субъективную значимость («Насколько важно для меня получить ...») разных видов помощи стомированным пациентам.

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).

Этот показатель рассчитывался как среднее арифметическое от показателей оценки по блокам, как средний балл, выставленный респондентами по всем случаям анкетирования:

$$K_k = (1 \times N_1 + 2 \times N_2 + 3 \times N_3 + 4 \times N_4) : N_B$$

где: 1-2-3-4– баллы по результатам анкетирования пациентов;

$N_1; N_2; N_3; N_4$ – количество случаев анкетирования, получивших данный балл по результатам опроса респондентов;

N_B – общее число случаев анкетирования.

2.3.5 Фотохронометраж.

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

Методика фотохронометражных замеров строилась с учетом методических рекомендаций по изучению затрат рабочего времени сестринского персонала лечебно-профилактических учреждений [25], разработанных Министерством здравоохранения Российской Федерации в рамках реализации отраслевой Программы развития сестринского дела в Российской Федерации. Данный документ рекомендует при изучении деятельности сестринского персонала использовать классификацию М.А. Рогового (1971), согласно которой все затраты рабочего времени подразделяются на две группы:

1. Производительное время (основная деятельность, вспомогательная деятельность, работа с документацией, служебные разговоры, хозяйственная деятельность, прочая деятельность).
2. Непроизводительное время (личное необходимое время, незагруженное время).

Для проведения фотохронометражных наблюдений был разработан перечень видов деятельности и трудовых операций, выполняемых средним медицинским персоналом КРСБ.

Детализация видов деятельности до простейших элементов была осуществлена с помощью специально разработанного «Словаря видов деятельности и трудовых операций медицинской сестры по реабилитации стомированных больных» (рис. 7).

Словарь видов деятельности и трудовых операций медсестры КРСБ

ОСНОВНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ	1
Беседа с пациентом	1.1
Сбор анамнеза	1.1.1
Оценка состояния пациента перед операцией	1.1.2
Предоперационная подготовка и психологическая помощь	1.1.3

пациенту	
Послеоперационная оценка состояния пациента	1.1.4
Информирование пациента о способах и средствах ухода за кишечной стомой	1.1.5
Осмотр	1.2
Общий осмотр	1.2.1
Осмотр стомы и парастомальной области	1.2.2
Совместный осмотр пациента с врачом	1.2.3
Пальпация	1.3
Пальпация стомы и парастомальной области	1.3.1
Маркировка местоположения стомы перед операцией	1.4
Уход за пациентом с неосложненной кишечной стомой	1.5
Уход за пациентом с осложненной кишечной стомой	1.6
Ирригация через стому	1.7
Ирригация «отключенного» отдела кишки	1.8
Подготовка к выписке из стационара	1.9
Обучение пациента (и/или родственников) уходу за стомой.	1.10
ВСПОМОГАТЕЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ	2
Надевание халата, переодевание	2.1
Подготовка и уборка рабочего места	2.2
Подготовка медсестры к осмотру	2.3
Подготовка пациента к осмотру	2.4
Переходы	2.5
Выдача средств ухода, контроль их использования в отделении реанимации и операционных	2.6
РАБОТА С ДОКУМЕНТАЦИЕЙ	3
Ознакомление с медицинской документацией, результатами анализов	3.1
Запись в медицинские документы (базу данных)	3.2
Запись результатов первичного осмотра	3.2.1
Запись результатов повторного осмотра	3.2.2
Ведение документации по учету технических средств реабилитации	3.2.3
Оформление медицинской документации (карты стомированного пациента, справки)	3.2.4
Ведение фотодокументации	3.2.5
Ведение базы данных (сверка данных, составление планов ведения пациентов, снятие пациентов с учета)	3.3
СЛУЖЕБНЫЕ РАЗГОВОРЫ	4
Разговор с медицинским персоналом	4.1
Служебный разговор по телефону (консультация пациента on-line)	4.2
ПРОЧАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ	5
Занятия с медицинским персоналом (лекции, беседы)	5.1

Участие в научно-исследовательской деятельности	5.2
ЛИЧНОЕ НЕОБХОДИМОЕ ВРЕМЯ	6
Кратковременный отдых	6.1
Прием пищи	6.2
Мероприятия личного характера	6.3
НЕЗАГРУЖЕННОЕ ВРЕМЯ	7
Опоздание на работу и преждевременный уход с работы	7.1
Ожидание пациента	7.2
Посторонние разговоры	7.3

Рисунок 7. Словарь видов деятельности и трудовых операций медсестры КРСБ.

Для фиксации продолжительности каждой трудовой операции разработана карта хронометражных наблюдений (рис. 8).

Карта фотохронометражных наблюдений

Ф.И.О. наблюдаемого _____
 Учреждение _____
 Структурное подразделение _____
 Дата _____

№ п/п	Текущее время			Продолжительность (сек.)	Название трудовой операции	Код трудовой операции	Ф.И.О. пациента	Номер карты	Вид посещения
	час.	мин.	сек.						
1	2	3	4	5	6	7	9	10	11

Рисунок 8. Карта фотохронометражных наблюдений

Общее количество заполненных карт хронометражных наблюдений для анализа полученных результатов составило 10, в соответствии с количеством сроков проведения наблюдений (10 рабочих дней).

Анализ фотохронометражных замеров осуществлялся поэтапно. На первом этапе были определены средние затраты времени на отдельные элементы трудовых операций. Далее были вычислены затраты на суммарные трудовые операции, включенные согласно проведенному анализу деятельности среднего медицинского персонала в конкретную функцию, для чего использовались карты объема работы (рис. 9).

Карта объема работы

№ п/п	Наименование трудовой операции	Число посещений	Затраты времени (в мин.)	
			На одно посещение	Всего

Рисунок 9. Карта объема работы

На заключительном этапе была определена структура затрат рабочего времени с учетом конкретных функций.

Для проведения фотохронометражных исследований и расчетов были использованы программы Lazy Cure Version 3.7.

2.3.6 Статистические исследования.

Формирование и статистическая обработка массива данных проводилась на персональном компьютере с использованием прикладных программ “Microsoft Excel” 2010 и “Statistica 7.0”. В зависимости от характеристик анализируемых показателей и целей исследования использовались как параметрические, так и непараметрические критерии. Количественные параметры оценивались с помощью медианы (Me) и стандартного отклонения (SD), сравнение между группами с помощью непарного t-теста Стьюдента. Различия в качественных показателях оценивались с помощью двустороннего теста Фишера и признавались достоверными при $p < 0,05$.

ГЛАВА 3. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ СТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

3.1. Структура медико-социальной помощи стомированным пациентам.

Стомированные пациенты нуждаются в комплексной медико-социальной программе реабилитации. Общими принципами реабилитации являются индивидуальность, последовательность, непрерывность и комплексность.

Условно процесс медицинской реабилитации разделен нами на следующие этапы: 1) предоперационный, 2) послеоперационный, 3) реконвалесцентный.

Каждый этап характеризуется мероприятиями медицинского, педагогического, психологического и социального характера, реализуемыми медицинскими и немедицинскими участниками, обеспечивающими условия для проведения комплексной реабилитации стомированных пациентов.

Предоперационный этап включает в себя:

1. Обследование и клиническую диагностику.
2. Психологическую подготовку.
3. Адекватное информирование пациента и его родственников.
4. Выбор тактики оперативного вмешательства.
5. Определение места наложения стомы на передней брюшной стенке.
6. Информационное обеспечение пациента соответствующими пособиями по уходу за стомой и образцами технических средств реабилитации.

Предоперационная подготовка осуществляется врачами и медицинскими работниками, специально обученными уходу за стомированными пациентами.

Послеоперационный этап включает в себя:

1. Обследование и постоянное наблюдение за стомированным пациентом.
2. Выявление осложнений после операции.
3. Специализированный уход за стомированным пациентом. Индивидуальный подбор и обеспечение средствами ухода за стомой в отделении стационара.
4. Обучение стомированного пациента и его родственников навыкам по уходу за

стомой.

5. Обеспечение стомированного пациента и его родственников специальной литературой и пособиями по уходу за стомой.

6. Психологическая поддержка.

7. Информирование стомированного пациента и его родственников о его льготном праве бесплатного получения средств ухода за стомой и выдача соответствующих документов, в том числе и алгоритма по оформлению индивидуальной программы реабилитации.

8. Социальная помощь.

Послеоперационное ведение стомированных пациентов осуществляется хирургами, медицинским персоналом, имеющим стоматерапевтическую подготовку, психологами, работниками социальных служб, врачами клинико-экспертной комиссии, реабилитологами медико-социальной экспертизы.

Реконвалесцентный этап охватывает процесс реабилитации стомированного пациента после его выписки из стационара. К этому времени пациент и его родственники должны уметь пользоваться средствами ухода за стомой, обладать знаниями по уходу за стомой, о режиме и характере питания.

На данном этапе проводятся следующие мероприятия:

1. Амбулаторное диспансерное наблюдение стомированного пациента.

2. Окончательный индивидуальный подбор средств ухода за стомой.

3. Определение степени нетрудоспособности стомированного пациента.

4. Патронаж социальных служб, социальная помощь.

5. Психологические консультации.

6. Занятия в группах взаимопомощи стомированных пациентов.

7. Правовая помощь и юридические консультации.

8. Информационное обеспечение публикациями, учебными пособиями по уходу за стомой.

9. Проведение реконструктивно-восстановительных операций.

Для реализации реабилитационного процесса необходимо: достаточное количество квалифицированных специалистов, имеющих навыки и опыт работы

по уходу за пациентами со стомой; наличие качественной, доступной для пациента продукции по уходу за стомой; координация взаимодействия всех участников комплексного реабилитационного процесса (медицинская, психологическая, социальная реабилитация).

В нашей стране в силу исторических и экономических причин, эта служба начала развиваться с 90-х годов прошлого столетия, преимущественно в центральных регионах на базе крупных специализированных колопроктологических и онкологических клиник.

3.1.2 Кабинет реабилитации стомированных больных структуре медико-социальной помощи пациентов с кишечной стомой.

На базе ГНЦК, впервые в России, в 1989 году был создан кабинет реабилитации стомированных больных (КРСБ). В течение многих лет работа КРСБ носила, в основном, консультативный характер. Принятый в 2004 году Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» и постановления правительства Российской Федерации создали материальную базу для оказания полноценной помощи инвалидам. Благодаря принятой нормативной базе, стомированные пациенты-инвалиды могут бесплатно получать средства ухода за стомой. Таким образом, применение современных средств ухода стало более доступным и для медиков, и для пациентов, а специализированная помощь по реабилитации больных с кишечной стомой – более востребована.

В связи с этим в 2005 г. кабинет был реорганизован, разработаны положение о специализированном кабинете реабилитации больных с кишечной стомой, должностные инструкции для сотрудников КРСБ ГНЦК. Было выделено отдельное помещение на базе поликлиники; кабинет оснащен компьютером для ведения статистического учета стомированных пациентов; обеспечен широким ассортиментом продукции по уходу за больными с кишечной стомой.

Целью работы КРСБ ГНЦК является повышение качества оказания медицинской реабилитационной помощи стомированным пациентам в РФ.

КРСБ - подразделение головного в России центра в сфере колопроктологии, поэтому в задачи кабинета входят:

1. Оказание помощи пациентам ГНЦК.
2. Совершенствование организации реабилитационной помощи стомированным пациентам в РФ.
3. Создание модели КРСБ как основного звена в структуре реабилитационной помощи стомированным пациентам в РФ.
4. Обучение и повышение квалификации специалистов по реабилитации пациентов со стомой на основе внедрения и широкого использования современных медицинских технологий.

В соответствии с этой целью КРСБ осуществляет следующие функции:

1. Проведение амбулаторного приема стомированных пациентов; консультации стомированных пациентов в хирургических отделениях до и после операций с формированием стомы; обучение больных и (или) их родственников правилам ухода за стомой.
2. Проведение комплексных мероприятий по медицинской реабилитации стомированных пациентов: отбор для стационарного лечения пациентов для хирургической коррекции осложненной стомы и для операций по восстановлению непрерывности кишечного тракта.
3. Консервативное лечение пациентов с осложненной стомой.
4. Обеспечение стомированных пациентов средствами ухода за стомой на время пребывания в стационаре с обязательным учетом использования продукции; подбор средств ухода за стомой для постоянного использования.
5. Санитарно-просветительская работа (создание инструкций и брошюр по уходу за стомой, публикации и выступления в средствах массовой информации).
6. Проведение мероприятий по социальной, психологической реабилитации совместно с учреждениями МСЭ, ФСС, социальной защиты и общественными организациями.
7. Научная и организационно-методическая работа по реабилитации стомированных пациентов в Российской Федерации.

8. Подготовка кадров для организации КРСБ в составе колопроктологических отделений в РФ. Проведение мероприятий по повышению квалификации специалистов по реабилитации стомированных больных.

Таким образом, КРСБ связывает воедино всех участников реабилитационного процесса и является базой для оказания многосторонней помощи больному со стомой, первым звеном в структуре реабилитационной помощи стомированным пациентам.

В структуру КРСБ входят кабинет для приема стомированных пациентов и процедурный кабинет.

В КРСБ ведение больных осуществляется штатным колопроктологом-консультантом и средним медицинским работником, имеющим специальную подготовку по реабилитации стомированных пациентов.

КРСБ является структурным подразделением ГНЦК и предназначен для проведения диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий стомированным пациентам, находящимся на лечении в стационаре ГНЦК, а также больным, обратившимся на амбулаторный прием в поликлинику Центра.

Количество впервые зарегистрированных в КРСБ пациентов в период с января 2005 г. по декабрь 2010 г. включительно составило 3942 пациента. Из них 2645 (67,1%) пациентов получили хирургическое лечение в ГНЦК, 1297 (32,9%) - в других медицинских организациях. Статистика осмотров пациентов, оперированных в ГНЦК, проведенных в КРСБ за 2005-2010 г.г. представлена в таблице 4. Количество первичных осмотров возрастало (от 239 в 2005 г. до 908 в 2010 г.) в связи с увеличением потока пациентов. Увеличение числа повторных осмотров (от 214 в 2005 г. до 3814 в 2010 г.) было связано с оптимизацией работы КРСБ: организацией учета всех осмотров пациентов, включая предоперационные консультации, осмотры в стационаре, посещения для диспансерного наблюдения.

Таблица 4.

Число осмотров пациентов, получивших хирургическое лечение в ГНЦК, проведенных в КРСБ за 2005-2010 г.г.

год	Первичный осмотр	Повторный осмотр	Всего
2005	343	214	557
2006	465	404	869
2007	579	690	1269
2008	698	1022	1720
2009	849	2130	2979
2010	908	2906	3814
ИТОГО	3842	7366	11208

В хирургических отделениях ГНЦК обязанности по уходу за стомированными пациентами возложены на перевязочных медицинских сестер, которые прошли базовое обучение по уходу за стомой в КРСБ и работают в тесном контакте с сотрудниками кабинета. Совместно с лечащим врачом медсестра стационара осуществляет непосредственный послеоперационный уход и наблюдение за стомированными пациентами, организует обучение больных и их родственников навыкам ухода за стомой; получает продукцию по уходу за стомой; накануне выписки из стационара направляет пациентов в КРСБ для подбора средств ухода для постоянного использования. В КРСБ пациент берется на диспансерный учет для дальнейшего наблюдения и проведения реабилитационных мероприятий, получает более подробные инструкции по уходу за стомой, рекомендации по получению продукции после выписки из стационара.

В 2005г. в ГНЦК была разработана и внедрена на базе кабинета реабилитации стомированных больных программа реабилитации пациентов, оперативное лечение которых связано с формированием стомы (табл. 5)

Программа реабилитации пациентов с кишечной стомой

До проведения операции:	
Мероприятия	Ответственное лицо
1) на догоспитальном этапе:	
а) ознакомление пациентов с характером и целесообразностью предстоящей операции с формированием стомы (беседа)	колопроктолог
б) разъяснение путей регуляции деятельности стомы, способов ухода за стомой, ознакомление с продукцией по уходу за стомой (беседа, буклет)	колопроктолог, медицинская сестра КРСБ
2) в стационаре:	
а) выбор способа формирования стомы	оперирующий хирург
б) выбор места на передней брюшной стенке для стомы	оперирующий хирург, медицинская сестра КРСБ
После проведения операции:	
Мероприятия	Ответственное лицо
1) использование калоприемников в раннем послеоперационном периоде	
а) определение размера и типа калоприемника б) обучение пациента уходу за стомой, формирование навыка ношения калоприемника	лечащий врач, медицинская сестра КРСБ
2) консервативные мероприятия по уходу за стомой	
а) рекомендации по диете и режиму питания	лечащий врач, медицинская сестра КРСБ,
б) выбор типа калоприемника для постоянного использования и обучение уходу за стомой	медицинская сестра КРСБ
в) обучение методу «ирригации» толстой кишки	лечащий врач, медицинская сестра КРСБ
г) использование медикаментозных средств при лечении перистомальных кожных осложнений и для регуляции функции толстой кишки	лечащий врач, медицинская сестра КРСБ
3) систематическая диспансеризация стомированных больных в сроки 3-6-12 мес. после операции	
	колопроктолог, медицинская сестра КРСБ

<p>4) хирургическая реабилитация пациентов с стомой, определение показаний</p> <p>а) к ликвидации осложнений стомы</p> <p>б) к реконструктивно-восстановительному оперативному лечению</p>	<p>колопроктолог, оперирующий хирург</p>
--	--

Накопленный опыт, анализ деятельности КРСБ потребовал оптимизации работы кабинета, усовершенствования программы реабилитации, в связи с чем 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.

3.2. Ведение стомированных пациентов

3.2.1 Протоколы ведения стомированных пациентов

Протокол ведения больных – это описание унифицированной технологии оказания медицинской помощи. Разработка клинических протоколов ведения пациентов с кишечной стомой проводилась с учётом имеющегося отечественного и зарубежного опыта по формированию протоколов ведения больных, клинических рекомендаций (руководств), научных публикаций и действующих нормативных документов.

Система стандартизации в здравоохранении РФ предусматривает разработку протоколов ведения больных по определенным правилам, отраженным в Отраслевом стандарте ГОСТ Р 52600-2006 «Протоколы ведения больных. Общие требования», введенном в действие 1 октября 2007 г. В этом документе отражены принципиальные моменты и подходы, которые рационально унифицируют систему стандартизации медицинских технологий при различных заболеваниях и ситуациях, в том числе регламентируют технологию моделирования.

Наиболее рациональным и общепринятым подходом при моделировании является использование или создание классификаций той нозологической группы,

которая становится объектом стандартизации.

В основу моделирования нами была положена Международная классификация болезней в используемой десятой редакции. В соответствии с ней нозологическими формами и, соответственно, моделями пациентов стали имеющиеся обозначения заболеваний толстой кишки (С 18 – С 21, К 50 – К 63) и кишечных стом: наличие илеостомы (Z 93.2), наличие колостомы (Z 93.3), дисфункция после колостомии и энтеротомии (К 91.4), осложнения коло- и илеостом (К 45, К 56.6, К 63.8).

Однако при попытке формирования моделей только по этому принципу, последние получались оторванными от реальной клинической повседневной практики. Это привело нас к необходимости разработки ситуационной модели, максимально приближенной и к чисто практическим ситуациям, и к требованиям системы стандартизации применительно к оказанию помощи стомированным пациентам.

Ситуационная модель определяется клинической ситуацией и связана с группой заболеваний, профильностью и функциональным назначением отделения, медицинского учреждения. Ситуационная модель включает следующие разделы:

1. Клиническая ситуация.
2. Группа заболеваний согласно МКБ-10.
3. Профильность подразделения, учреждения.
4. Функциональное назначение подразделения, учреждения.

По нашему мнению, предложенные ситуационные модели отвечают главному требованию технологии стандартизации – имеют исключительно прикладное значение, что будет иллюстрировано ниже. В клинической ситуации для специалиста практически сразу же после расспроса и осмотра пациента будет возможным выбор одной из этих ситуаций для дальнейшего алгоритма действий на основании конкретного протокола.

Для каждой медицинской технологии, включенной в протоколы, мы указали степень убедительности доказательств (рекомендаций). При этом использовалась унифицированная шкала оценки (табл.6).

Таблица 6.

Соотношение между степенью убедительности доказательств и видом научных исследований.

Шкала	Степень убедительности доказательств	Соответствующие виды исследований
А	Доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемому утверждению	Высококачественный систематический обзор, мета-анализ. Большие рандомизированные клинические исследования с низкой вероятностью ошибок и однозначными результатами.
В	Относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение	Небольшие рандомизированные клинические исследования с неоднозначными результатами и средней или высокой вероятностью ошибок. Большие проспективные сравнительные, но нерандомизированные исследования. Качественные ретроспективные исследования на больших выборках больных с тщательно подобранными группами сравнения.
С	Достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендации, но рекомендации могут быть даны с учетом иных обстоятельств	Ретроспективные сравнительные исследования. Исследования на ограниченном числе больных или на отдельных больных без контрольной группы. Личный неформализованный опыт разработчиков.

Заключение о степени убедительности доказательств было сделано нами после проведения поиска научных исследований (мета-анализов и систематических

обзоров, опубликованных по теме оказания помощи стомированным пациентам с 1997 г. по 2012 г.), включающего: библиотеку Cochrane Library, Clinical Evidence, MEDLINE.

В протоколы были включены ситуационные модели, наиболее полно описывающие типичные клинические ситуации при работе со стомированными пациентами.

Ситуационная модель № 1. Оценка состояния пациента перед операцией с формированием кишечной стомы. Степень убедительности доказательств С [123, 152].

Раздел	Наименование
Клиническая ситуация	Оценка состояния пациента перед операцией с формированием стомы
Группа заболеваний	Заболевания толстой кишки С 18 - С 21, К 50 – К 63
Профильность подразделения	Отделение колопроктологии, хирургии, онкологии Кабинет реабилитации стомированных пациентов
Функциональное назначение отделения	Хирургическое лечение заболеваний толстой кишки Проведение реабилитационных мероприятий пациентов с кишечной стомой
Критерии и признаки, определяющие модель пациента	Все пациенты, подлежащие хирургическому лечению заболеваний толстой кишки с формированием кишечной стомы

I. Цель.

Для определения объема специализированной помощи необходимо получить всеобъемлющую объективную информацию о пациенте и его родственниках.

II. Процедура.

1. Обеспечить приватность общения с пациентом.
2. Провести оценку состояния пациента по следующим параметрам:
 - 2.1. Социальная, культурная и духовная среда.
 - 2.2. Семейный анамнез /предшествующий опыт и имеющиеся представления о

диагнозе/стоме.

2.3. Условия для реабилитации.

2.3.1. Домашняя обстановка /наличие санитарно-гигиенических условий.

2.3.2. Поддержка семьи.

2.4. Эмоциональное и психологическое состояние.

2.5. Род занятий и образ жизни.

2.6. История и последствия болезни, адаптация.

2.7. Наличие хронического заболевания/ текущее лечение.

2.8. Возможные аллергические реакции.

2.9. Способность к общению.

2.10. Координация движений, острота зрения и ловкость рук.

3. Зафиксировать и обновить информацию о пациенте.

III. Результат.

1. Точная информация о пациенте, готовящемся к операции с формированием стомы, задокументирована и подтверждена.

2. Потребности пациента выявлены и задокументированы.

3. План ухода за стомой разработан.

Ситуационная модель № 2. Предоперационная подготовка и психологическая помощь пациенту. Степень убедительности доказательств А [68, 70, 89, 112].

Раздел	Наименование
Клиническая ситуация	Предоперационная подготовка и психологическая помощь пациенту
Группа заболеваний	Заболевания толстой кишки С 18 - С 21, К 50 – К 63
Профильность подразделения	Отделение колопроктологии, хирургии, онкологии Кабинет реабилитации стомированных больных
Функциональное назначение отделения	Хирургическое лечение заболеваний толстой кишки Проведение реабилитационных мероприятий пациентов с кишечной стомой
Критерии и признаки,	Все пациенты, подлежащие хирургическому

определяющие пациента	модель	лечению заболеваний толстой кишки с формированием кишечной стомы
--------------------------	--------	---

I. Цель.

Пациент (и/или родственники) должен быть проинформирован о предстоящей операции, а также должен получить необходимую психологическую поддержку.

II. Процедура.

1. Обеспечить приватность общения с пациентом (и/или родственниками).
2. Провести оценку состояния пациента по следующим параметрам:
 - 2.1. Степень беспокойства.
 - 2.2. Психологическая адаптация.
 - 2.3. Имеющиеся знания и необходимость в обучении.
3. Помочь пациенту выразить свои чувства, страхи и опасения.
4. Предоставить необходимую информацию о функции стомы, средствах ухода за стомой.
5. Оказать пациенту индивидуальную поддержку и психологическую помощь.
6. Организовать, если необходимо, встречу с членами ассоциации стомированных больных.
7. Организовать, если необходимо, консультации с другими специалистами.
8. Составить и записать отчет на основании полученных данных, ответов пациента и сведений, полученных от других специалистов.

III. Результат.

1. Пациент проявляет естественное (нормальное) беспокойство.
2. Пациент осознает необходимость хирургического вмешательства, понимает последствие операции – выведение стомы, знаком с основами ухода за стомой.
3. Вся полученная информация задокументирована.

Учебные пособия / материалы:

Образовательные материалы по уходу за стомой.

Ситуационная модель № 3. Маркировка местоположения стомы перед операцией. Степень убедительности доказательств А [52, 70, 110, 127].

Раздел	Наименование
Клиническая ситуация	Маркировка местоположения стомы перед операцией.
Группа заболеваний	Заболевания толстой кишки С 18 - С 21, К50 – К63
Профильность подразделения	Отделение колопроктологии, хирургии, онкологии Кабинет реабилитации стомированных больных
Функциональное назначение отделения	Хирургическое лечение заболеваний толстой кишки Проведение реабилитационных мероприятий пациентов с кишечной стомой
Критерии и признаки, определяющие модель пациента	Все пациенты, подлежащие хирургическому лечению заболеваний толстой кишки с формированием кишечной стомы

I. Цель.

Выбрать наиболее подходящее место расположения стомы.

II. Процедура.

1. Обеспечить приватность общения с пациентом.
2. Обеспечить необходимые условия для проведения маркировки стомы (температура помещения, хорошее освещение).
3. Объяснить пациенту необходимость и процедуру проведения маркировки.
4. Оценить тип операции, физическое, психологическое состояние пациента, его социальный статус.
5. Определить конфигурацию передней брюшной стенки, для определения наиболее подходящего места выведения стомы.
6. Сделать маркировку стомы:
 - 6.1. Сделать предварительную маркировку.
 - 6.2. Обсудить предварительную маркировку с пациентом.
 - 6.3. Провести корректировку, если необходимо.
 - 6.4. Отметить место выведения стомы на передней брюшной стенке.
7. Документировать полученные данные.

III. Результат.

1. Разметка стома отмечена на наиболее подходящем месте.
2. Выбор разметки и маркировка стомы сделаны при участии пациента.
3. Пациент удовлетворен выбранным местом наложения стомы.

Необходимое оборудование и информация:

1. Пластина для маркировки стомы, маркер.
2. Предоперационная информация о пациенте.

Ситуационная модель № 4. Послеоперационная оценка пациента с кишечной стомой. Степень убедительности доказательств В [70, 151].

Раздел	Наименование
Клиническая ситуация	Послеоперационная оценка пациента с кишечной стомой
Группа заболеваний	Z 93.2, Z 93.3
Профильность подразделения	Отделение колопроктологии, хирургии, онкологии Кабинет реабилитации стомированных больных
Функциональное назначение отделения	Хирургическое лечение заболеваний толстой кишки Проведение реабилитационных мероприятий пациентов с кишечной стомой
Критерии и признаки, определяющие модель пациента	Наличие кишечной стомы

I. Цель.

Получить необходимую информацию о пациенте (его родственниках) для планирования послеоперационного ухода за стомой.

II. Процедура.

1. Обеспечить приватность общения с пациентом.
2. Обеспечить необходимые условия для проведения осмотра (температура помещения, хорошее освещение).
3. Объяснить пациенту смысл и необходимость процедуры.
4. Провести оценку состояния пациента по следующим параметрам:
 - 4.1. Диагноз и тип хирургической операции.

- 4.2. Место расположения стомы и хирургический метод формирования стомы.
- 4.2.1. Тип стомы.
- 4.2.2. Размер стомы.
- 4.2.3 Расположение стомы.
- 4.3. Состояние и функционирование стомы.
- 4.3.1. Состояние стомы (форма, состояние кожно-кишечного шва).
- 4.3.2. Цвет стомы.
- 4.3.3. Оформленность и объем кишечного отделяемого.
- 4.4. Состояние кожи в перистомальной области.
- 4.4.1. Целостность кожи.
- 4.4.2. Тургор кожи.
- 4.5. Определить состояние перистомальной области для обеспечения герметичной фиксации калоприемника.
5. Документировать полученные данные.

III. Результат.

1. Необходимая информация о прооперированном пациенте получена и задокументирована.
2. Потребности стомированного пациента определены и документально оформлены.
3. План ухода за стомой выработан.

Ситуационная модель № 5. Уход за пациентом с илеостомой, колостомой.

Степень убедительности доказательств С [73, 92, 126, 134, 151].

Раздел	Наименование
Клиническая ситуация	Уход за пациентом с илеостомой, колостомой
Группа заболеваний	Z 93.2, Z 93.3
Профильность подразделения	Отделение колопроктологии, хирургии, онкологии Кабинет реабилитации стомированных больных
Функциональное назначение отделения	Хирургическое лечение заболеваний толстой кишки Проведение реабилитационных мероприятий

	пациентов с кишечной стомой
Критерии и признаки, определяющие модель пациента	Наличие кишечной стомы

I. Цель.

Обеспечение оптимального ухода за стомой и перистомальной кожей у пациента с илеостомой, колостомой.

II. Процедура.

1. Обеспечить приватность общения с пациентом.
2. Обеспечить необходимые условия для проведения ухода за стомой (температура помещения, хорошее освещение).
3. Объяснить пациенту смысл и необходимость процедуры.
4. Подготовить необходимые калоприемники и аксессуары.
5. Разместить пациента максимально удобно для проведения процедуры.
6. Обеспечить надлежащий уход за илеостомой, основанный на оценке состояния пациента.
7. Уделить особое внимание следующим моментам:
 - 7.1. Осмотреть стому и перистомальную кожу на предмет осложнений.
 - 7.2. Определить точный размер и форму стомы.
 - 7.3. Подобрать подходящий калоприемник и аксессуары (если они необходимы).
8. Задokumentировать состояние стомы, кожи вокруг стомы, характер и объем кишечного отделяемого, а также дату смены калоприемника.

Результат.

1. Пациент (и/или родственник) удовлетворен надежностью калоприемника.
2. Осложнения стомы выявлены.
3. Точные записи ведутся.

Необходимое оборудование:

1. Калоприемники и аксессуары.
2. Послеоперационная документация и записи о ходе проведения процедур.

Ситуационная модель № 6. Ирригация кишечника через стому. Степень убедительности доказательств В [67,87].

Раздел	Наименование
Клиническая ситуация	Ирригация кишечника через стому
Группа заболеваний	Z 93.2
Профильность подразделения	Отделение колопроктологии, хирургии, онкологии Кабинет реабилитации стомированных больных
Функциональное назначение отделения	Хирургическое лечение заболеваний толстой кишки Проведение реабилитационных мероприятий пациентов с кишечной стомой
Критерии и признаки, определяющие модель пациента	Наличие сигмо-, десцендостомы

I. Цель.

Проведение безопасной и эффективной ирригации кишечника.

II. Процедура.

1. Обеспечить приватность общения с пациентом.
2. Обеспечить необходимые условия для проведения ирригации кишечника (температура помещения, хорошее освещение).
3. Объяснить пациенту смысл и необходимость процедуры.
4. Подготовить ирригационную систему и необходимые калоприемники и аксессуары.
5. Разместить пациента максимально удобно для проведения процедуры.
6. С помощью пальцевого исследования определить направление кишки.
7. Уделить особое внимание следующим моментам:
 - 7.1. Температура воды.
 - 7.2. Скорость подачи воды в кишечник.
8. Промыть кишку полностью.
9. Проконтролировать, не жалуется ли пациент на боли в животе или на вздутие

живота во время проведения процедуры.

10. Задокументировать результаты процедуры.

III. Результат.

1. Ирригация проведена безопасным и эффективным способом.
2. Пациент (и/или родственники) удовлетворен проведенной процедурой и полученными объяснениями.
3. Возможные осложнения обнаружены, приняты соответствующие действия по их устранению.
4. Точные записи ведутся.

Необходимое оборудование:

1. Ирригационная система с регулятором подачи воды и ирригационная воронка.
2. Пластина, сливной рукав, ремень для пластины, зажим.
3. Смазочный гель.
4. Теплая вода.
5. Калоприемник.
6. Документация (карта) пациента.

Ситуационная модель № 7. Подготовка к выписке из стационара. Степень убедительности доказательств В [121,130].

Раздел	Наименование
Клиническая ситуация	Подготовка к выписке из стационара
Группа заболеваний	Z 93.2, Z 93.3
Профильность подразделения	Отделение колопроктологии, хирургии, онкологии Кабинет реабилитации стомированных больных
Функциональное назначение отделения	Хирургическое лечение заболеваний толстой кишки Проведение реабилитационных мероприятий пациентов с кишечной стомой
Критерии и признаки, определяющие модель пациента	Наличие кишечной стомы

I. Цель.

Обеспечить преемственность в уходе за стомированными пациентами после выписки из стационара домой.

II. Процедура.

1. Обеспечить приватность общения с пациентом.
2. Определить возможные потребности пациента при первом посещении врача (медсестры) после выписки:
 - 2.1. Способность самостоятельно ухаживать за стомой.
 - 2.2. Адаптация пациента к жизни со стомой.
 - 2.3. Финансовое положение.
 - 2.4 Уход за стомой, психологическая и социальная поддержка пациента после выписки.
3. Обучить пациента самостоятельному уходу за стомой, проинформировать о возможных осложнениях, помогать адаптироваться к изменениям в привычном образе жизни.
4. Оценить общее состояние пациента, запланировать день визита к специалисту по реабилитации стомированных пациентов после выписки.
5. Сообщить пациенту адрес специалиста по уходу за стомой поликлинического звена, назначить день посещения.
6. Предоставить информацию о социальной поддержке и ассоциации стомированных пациентов.
7. Задokumentировать беседу с пациентом.

III. Результат.

1. Пациент доволен оказанной ему помощью и предоставленными рекомендациями.
2. После выписки из стационара пациент продолжает получать специализированную помощь и находится под наблюдением специалистов по уходу за стомой.

Дополнительные материалы:

1. Информационные материалы

2. Выписка (история болезни) пациента.

Ситуационная модель № 8. Обучение пациента со стомой. Степень убедительности доказательств В [68, 72, 108].

Раздел	Наименование
Клиническая ситуация	Обучение пациента со стомой
Группа заболеваний	Z 93.2, Z 93.3
Профильность подразделения	Кабинет реабилитации стомированных больных
Функциональное назначение отделения	Проведение реабилитационных мероприятий пациентов с кишечной стомой
Критерии и признаки, определяющие модель пациента	Наличие кишечной стомы

I. Цель.

Обучение пациент (и/или родственников) уходу за стомой.

II. Процедура.

1. Обеспечить приватность общения с пациентом.
2. Оценить способность пациента обучаться и определить объем необходимой информации.
3. Провести обучение в соответствии с индивидуальными потребностями.
4. Убедиться, что пациент знает и понимает следующее:
 - 4.1. Диагноз и проведенную операцию
 - 4.2. Уход за стомой и кожей вокруг нее.
 - 4.3. Дренаж и смена калоприемника.
 - 4.4. Решение неожиданных проблем (протекание кишечного содержимого и др.)
 - 4.5. Изменения в диете.
 - 4.6. Изменения в одежде.
 - 4.7. Ограничение физической активности.
 - 4.8. Изменения в сексуальной жизни.
 - 4.9. Подбор соответствующих средств ухода за стомой.

- 4.10. Обеспечение необходимыми средствами ухода за стомой и аксессуарами.
- 4.11. Ассоциация стомированных пациентов и другие группы поддержки.
5. Оценить реакцию пациента на проведенное обучение.

III. Результат.

1. Пациент может продемонстрировать полученные навыки ухода за стомой и кожей вокруг стомы.
2. Пациент понимает изменения образа жизни.
3. Пациент доволен обучающей программой и полученными навыками.

Дополнительные материалы:

1. Учебные пособия.
2. Образцы средств ухода за стомой и аксессуаров.
3. Информационные материалы о средствах ухода за стомой и аксессуарах.
4. Карта (история болезни) пациента после выписки.

Составление протоколов ведения пациентов с осложнениями кишечной стомы представляло собой трудную задачу ввиду наличия большого числа и разнообразия осложнений, а также возможного их сочетания. В связи с чем были разработаны алгоритмы выбора тактики лечения осложнений, которые включались в протоколы ведения стомированных пациентов в соответствии с конкретной клинической ситуацией.

3.2.2 Алгоритм выбора способа лечения осложнений кишечной стомы

Структуризация осложнений кишечной стомы согласно предложенному алгоритму диагностики позволила более четко определить показания к лечению, выработать оптимальную тактику медицинской реабилитации больного с осложнениями кишечной стомы. Нами разработан следующий алгоритм выбора способа лечения осложнений стомы (рис. 10).

После выявления осложнений, связанных с наличием стомы, в зависимости от их типа (осложнения стомы, перистомальные кожные осложнения или сочетание осложнений) определяют показания к проведению хирургического или

консервативного лечения.

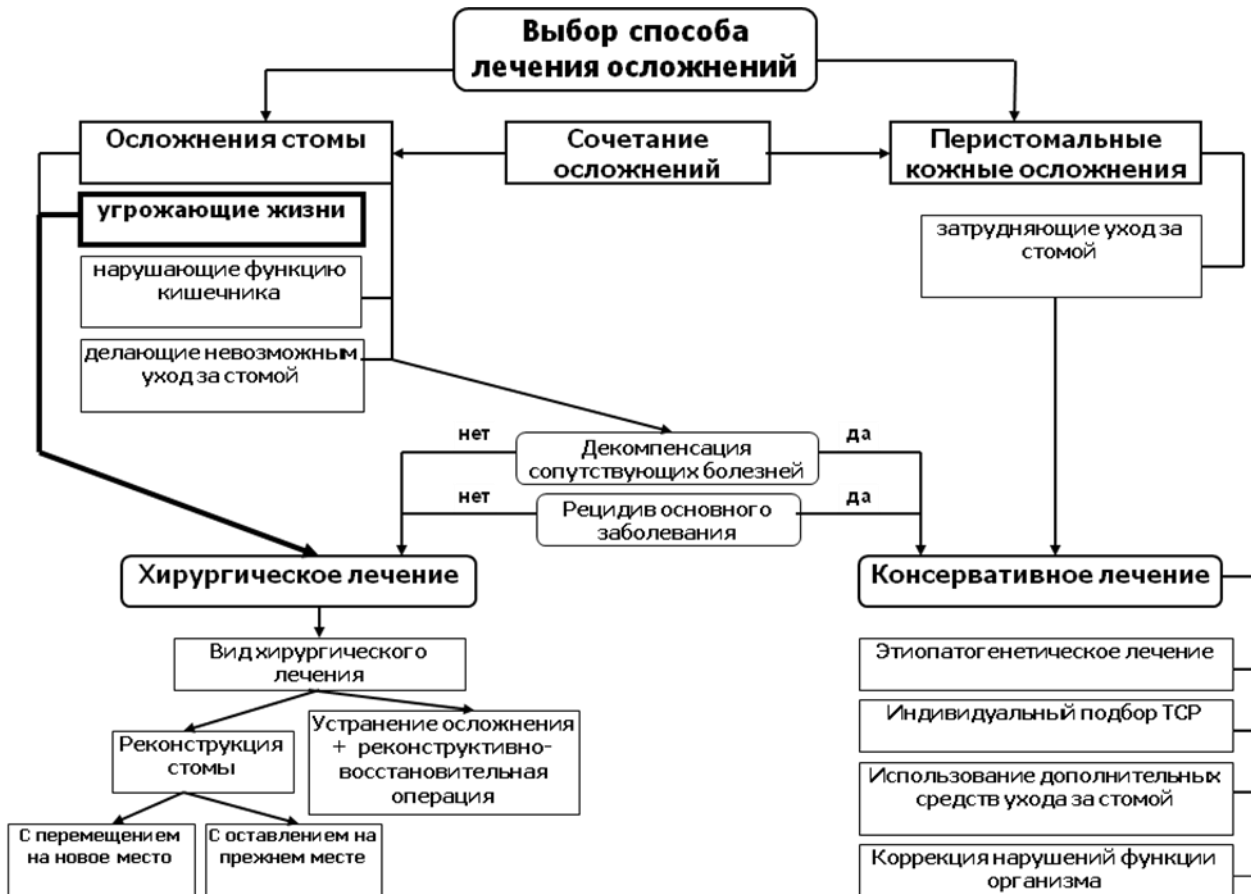


Рис. 10. Алгоритм выбора способа лечения осложнений кишечной стомы.

Показаниями к хирургическому лечению в экстренном или срочном порядке являются осложнения стомы, угрожающие жизни: эвентрация, кровотечение, глубокий некроз стомы, ретракция кишки ниже уровня апоневроза, высокие тонкокишечные свищи, абсцесс, флегмона в парастомальной области, острая кишечная непроходимость.

В плановом порядке хирургическому лечению подлежат осложнения, нарушающие нормальную функцию кишечника (стриктура, грыжа, пролапс) и осложнения, затрудняющие или делающие невозможным адекватный уход за стомой (втянутость стомы, парастомальная грыжа, стриктура, пролапс). При определении показаний к оперативному лечению учитывают наличие или отсутствие рецидива основного заболевания, тяжелых сопутствующих болезней и степень их компенсации. С учетом всех вышеперечисленных факторов избирают вид хирургического лечения:

- реконструкция стомы с оставлением ее на прежнем месте;
- реконструкция стомы с перемещением на новое место;
- устранение осложнения стомы в сочетании с реконструктивно-восстановительной операцией.

Консервативное лечение осложнений стомы предпринимается в случае невозможности проведения хирургической коррекции осложнений стомы из-за декомпенсации тяжелых сопутствующих заболеваний, рецидива основного заболевания. Этот вид лечения включает:

- этиопатогенетическое лечение;
- индивидуальный подбор технических средств реабилитации (ТСР);
- использование дополнительных средств ухода за стомой;
- коррекцию нарушений функции организма, кишечника.

Алгоритм лечения кожных перистомальных осложнений соответствует такому же при лечении осложнений стомы. Однако, с учетом современных принципов лечения кожных повреждений в области стомы, имеется ряд особенностей при подборе технических средств реабилитации и дополнительных средств ухода за стомой:

- защита окружающей стому кожи обеспечивается адекватным использованием современных адгезивных калоприемников и средств ухода за кожей;
- «влажное заживление» поврежденной кожи достигается использованием калоприемников и перевязочных средств на гидроколлоидной основе;
- двухкомпонентные системы калоприемников, благодаря смене 1 раз в 3-5 дней, обеспечивают щадящий уход и оптимальный лечебный эффект при поражении кожи вокруг стомы;
- для эффективного лечения и профилактики кожных осложнений пациент или его родственники должны быть хорошо обучены использованию средств ухода.

Эффективность использования алгоритма лечения перистомального дерматита можно продемонстрировать следующим клиническим примером.

Больная З. , 73 лет (и/б № 1480/2007 г.), в 2001 г. оперирована по поводу

рака прямой кишки, произведена передняя резекция прямой кишки с формированием анастомоза. 27.02.07 г. по поводу метакронного рака правого изгиба ободочной кишки, метастазов в печени пациентке выполнена паллиативная правосторонняя гемиколэктомия с формированием илеостомы и трансверзостомы по Лахею. Ранний послеоперационный период протекал без осложнений, перистальтика восстановилась на 2-е сутки, илеостома начала функционировать на 2 сутки после операции. Плановая замена послеоперационного калоприемника была проведена на 3 сутки на однокомпонентную дренируемую систему. Послеоперационный период протекал без осложнений, Больная выписана в удовлетворительном состоянии, даны рекомендации по уходу за стомой. В конце февраля 2008 г. пациентка отметила зуд и жжение под пластиной, протекание кишечного содержимого, 04.03.2008 г. обратилась в КРСБ. При осмотре медицинской сестрой выявлены гиперемия и единичные эрозии кожных покровов вокруг стомы, соответствующие зоне аррозии адгезива. Было отмечено расположение стомы в небольшом углублении, что и явилось причиной протекания кишечного содержимого под пластину. Кожа в этой области была эрозирована, слегка кровоточила. Медсестрой КРСБ диагностирован контактный перистомальный дерматит II степени тяжести, диагноз был подтвержден врачом и документирован фотографически (рис. 11). Общий балл повреждения кожных покровов по DET-шкале составил 7 баллов (табл. 7). (Максимальный общий балл по трем доменам составляет 15 баллов, здоровая кожа оценивается по DET шкале 0 баллов). Измеренная с помощью палетки площадь измененной перистомальной кожи составила 51,5 кв.см.

Таблица 7.

Оценка повреждения перистомальной кожи по DET-шкале

	площадь	тяжесть	итога
D	3	2	5
E	1	1	2
T	0	0	0
Общий балл		7	

Лечение перистомального контактного дерматита проводилось согласно разработанному алгоритму.

В виду наличия эрозий перистомальной кожи применили заживляющий, абсорбирующий порошок Комфил (рис.12), что соответствовало использованию специальных средств, в зависимости от степени повреждения кожи.

С целью исключения химического воздействия на кожу (предотвращения протекания кишечного отделяемого за счет герметичного прилегания пластины к коже) углубление вокруг стомы выровнено с помощью пасты-герметик (рис.13), чем ликвидирована основная причина возникшего осложнения.

Использование двухкомпонентных калоприемников Альтерна на гидроколлоидной основе обеспечило условия для «влажного заживления» поврежденной кожи и оптимальную защиту от воздействия кишечного отделяемого (рис.14).

Пациентке разъяснены пути регуляции консистенции кишечного отделяемого по илеостоме при помощи диеты и соблюдения питьевого режима. Впоследствии пациентка самостоятельно дважды с интервалом в 3 дня аналогично проводила смену калоприемника. При контрольном осмотре через 7 дней, 11.03.07 г., перистомальная кожа без признаков воспаления и повреждения (рис. 15).



Рисунок 11.
Контактный перистомальный дерматит у пациентки З., 73 лет. (и/б № 1480/2007 г.) 04.03.2007 г.



Рисунок 12.
Абсорбирующий порошок на эрозированных участках кожи у пациентки З., 73 лет. 04.03.2007 г.



Рисунок 13.
Паста-герметик для коррекции углубления в области стомы у пациентки З., 73 лет. 04.03.2007 г.

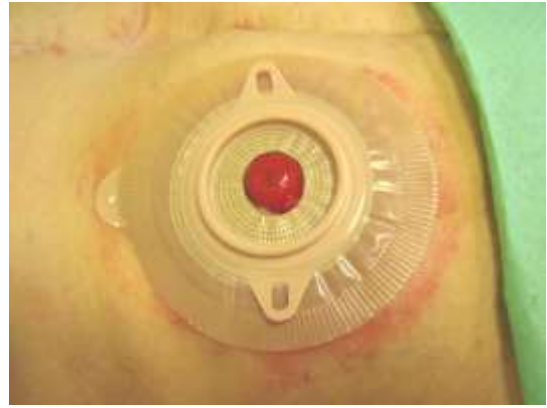


Рисунок 14.
Фиксация пластины 2-х компонентного калоприемника при лечении перистомального дерматита у пациентки З., 73 лет. 04.03.2007 г.



Рисунок 15.
Вид перистомальной кожи после лечения дерматита у пациентки З., 73 лет, через 7 дней 11.03.07 г.

Применив специально разработанный нами 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%) (табл.8). Следует заметить, что у 15 из 48 пациентов с перистомальными кожными осложнениями причиной их возникновения было

сочетание с осложнениями стомы (втянутость стомы, парастомальная грыжа, пролапс). Однако ввиду более выраженной клинической картины (повреждение кожных покровов), потребовавшей проведения специальных мероприятий, эти пациенты отнесены в группу с перистомальными осложнениями.

Таблица 8.
Распределение осложнений стомы в зависимости от их типа в группе №1а.

Тип осложнений	n=409	
осложнение стомы	41	10,1%
перистомальные кожные осложнения	48	11,7%
итого:	89	21,8%

Для определения тактики лечения у 89 больных с осложнениями кишечной стомы мы использовали соответствующий алгоритм. Распределение этой группы пациентов в зависимости от избранного вида лечения представлено табл. 9.

На хирургическое лечение было направлено 32 (31,8%) больных, из них – 27 пациентов с осложнениями самой стомы и – 5 пациентов 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%).

Таблица 9.
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
перистомальные кожные осложнения	–	–	33	100%	33
сочетание осложнений	5	33,3%	10	66,7%	15
Всего:	32	31,8%	57	68,2%	89

Ввиду нецелесообразности проведения хирургической коррекции стомы из-за ее временного характера, а также из-за тяжелых сопутствующих заболеваний или рецидива основного заболевания, консервативное лечение было проведено у 14 (34,1%) из 41 пациента с осложнениями стомы и у 10 (66,7%) из 15 больных с сочетанными осложнениями.

Таким образом, только 32 (31,8%) пациентам с осложнениями понадобилось хирургическое вмешательство, остальным 57 (68,2%) были проведены консервативные мероприятия по рекомендации и 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.

3.2.3. Алгоритм индивидуального подбора технических средств реабилитации у пациентов с кишечной стомой.

В современных условиях уход за пациентом с кишечной стомой, а также проведение консервативных мероприятий по лечению осложнений стомы, предполагает применение разнообразной продукции.

К техническим средствам медицинской реабилитации, включенным в Федеральный перечень реабилитационных мероприятий, относятся средства используемые при нарушении функций выделения при противоестественных отверстиях стомах (кало- и мочеприемники и вспомогательные принадлежности к ним).

Согласно классификации технических средств реабилитации, утвержденной Приказом Министерства труда и социальной защиты РФ № 214н от 24.05.13, п. 21 [27], к специальным средствам при нарушении функции выделения относятся одно- и двухкомпонентные калоприемники и уроприемники, средства ухода за кожей вокруг стомы и аксессуары.

Правильное использование продукции обеспечивает гарантированную надежность крепления к коже, максимально щадящее воздействие на нее, безболезненное удаление калоприемника, герметичность и незаметность для окружающих.

Для обеспечения правильного подбора ТСП у больных с кишечной стомой мы разработали специальный алгоритм. В основу построения алгоритма была положена клиническая классификация кишечных стом, разработанная в 2002 г. Г.И.Воробьевым [7]. Классификация содержит обозначение анатомического строения стомы, метода выведения кишки из брюшной полости, отношения слизистой кишки к уровню кожи, а также места формирования стомы на теле пациента.

Выбор модели калоприемника, дополнительных средств ухода за кожей вокруг стомы определяли индивидуально, с учетом ее типа и размера, формы, места наложения стомы, наличия осложнений стомы, а также состояния кожи вокруг стомы. Учитывались психофизические особенности пациентов.

Согласно предложенному алгоритму была определена следующая последовательность действий:

1. Определить вид стомы.
2. Оценить размер, конфигурацию стомы, ее месторасположение на передней брюшной стенке
3. Выявить наличие или отсутствие осложнений стомы, перистомальных кожных осложнений
4. Установить психофизические особенности пациента
5. Определить размер и тип калоприемника
6. Определить норму выдачи ТСП

Подбор продукции, согласно предложенному алгоритму, проводился у 409 пациентов группы №1а, оперированных в ГНЦК в 2008 г.

Определение вида стомы.

Для подбора соответствующей продукции по уходу за стомой обозначение анатомической локализации выведенного отдела кишки было существенно, так

как кишечные стомы разной локализации имеют свои функциональные особенности (консистенция и агрессивность состава кишечного отделяемого, кратность стула).

С учетом функциональных особенностей пациенты с илео-, асцендо-, и, нередко, трансверзостомами нуждались в использовании дренируемых систем - 105 (25,6%), 2 (0,5%) и 78 (19,1%) больных, соответственно (табл. 10). 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.

Таблица 10.

Подбор вида системы калоприемников в зависимости от типа стомы у пациентов группы №1а (n=409)

Тип стомы	Количество пациентов (n=409)		Вид системы
илеостома	105	25,6%	дренируемая система
асцендостома	2	0,5%	дренируемая система
трансверзостома	78	19,1%	дренируемая система
	20	4,9%	недренируемая система
десцендостома	20	4,9%	дренируемая система
сигмостома	31	7,6%	недренируемая система
	153	37,4%	дренируемая система

Таким образом, у большинства пациентов - 358 из 409 (87,5%) мы применяли дренируемые системы.

Метод формирования кишечной стомы существенно не влиял на определение вида калоприемника. При неосложненной стоме применяли одно- или двухкомпонентные системы, в зависимости от предпочтений пациента.

Для ухода за петлевой двуствольной стомой, которая, как правило, выполняла разгрузочную или превентивную функцию, обычно использовали однокомпонентную систему с пластиной большого размера (70-100 мм), что было связано с размерами петлевой колостомы, которые в среднем составляли 48 мм.

Особенностью ухода за отдельной стомой явилось использование мини-

капов или закрытых мешков для нефункционирующей стомы (у 4 больных), что было более комфортным для пациентов, чем использование марлевой повязки. Если же было необходимо введение лекарственных препаратов в отключенную кишку (например, у больных неспецифическим язвенным колитом или болезнью Крона), применяли двухкомпонентную систему с недренирующимся мешком (у 5 больных).

В зависимости от техники формирования стомы подразделяются на плоские, когда слизистая кишки находится на уровне кожи или на 0,5 см выше него (у 304 пациентов с колостомой); и «столбиком» (у 105 пациентов с илеостомой), когда кишка выступает над уровнем кожи от 1,0 до 2,0 см. Для ухода за плоской стомой оптимальными являлись калоприемники на адгезивной основе. Для стом «столбиком» наряду с калоприемниками на адгезивной основе принципиально возможно использование калоприемника из пластмассы, крепящегося к телу с помощью пояса. Однако эти изделия не обладают достаточной герметичностью. В связи с чем, все пациенты предпочли использование современной клеящейся продукции.

По прогнозу в плане хирургической реабилитации, в зависимости от причин, вызвавших необходимость формирования кишечной стомы, она может быть постоянной или временной.

Временная стома, наложенная на короткий промежуток времени (у 227 пациентов), редко создавала какие-либо проблемы по сравнению с постоянной стомой (у 182 пациентов). Для ухода за временной стомой, как правило, ограничивались использованием однокомпонентных дренируемых систем, как более легких в применении. При этом учитывались более короткие сроки обучения для самостоятельного использования такой продукции.

Оценка размера, конфигурации, месторасположения стомы на передней брюшной стенке.

Для индивидуального подбора калоприемника необходимо учитывать размер (диаметр) стомы, который определяется с помощью трафарета (рис.16) или линейки. Размер пластины калоприемника определяется в соответствии с

размером стомы. Отверстие в адгезивной пластине вырезается в соответствии с размером и формой стомы, причем на 2-3 мм больше размера стомы.



а



б

Рисунок 16 а) одноствольная сигмостома у больной Р., амб. карта Н-1428, б) измерение размера стомы с помощью трафарета.

При подборе 2-х компонентной системы следует стремиться к тому, чтобы диаметр фланца превышал диаметр стомы не более 1,5-2,0 см. Диаметр максимального вырезаемого отверстия должен быть менее на 1,0-2,0 см, чем диаметр фланца пластины, чтобы обеспечить надежное приклепление пластины к коже (рис.17 а). При этом диаметр фланца мешка должен точно соответствовать диаметру фланца пластины (рис.17 б).



а



б

Рисунок 17 а) использование пластины 2-х компонентной системы с жестким фланцем, б) наложение мешка 2-х компонентной системы с жестким фланцем у больной Р., амб. карта Н-1428.

Конфигурация стомы редко представляет собой идеальный круг или овал. Поэтому целесообразно сделать для пациента индивидуальный трафарет, используя для этого прозрачную пленку или бумагу. Это позволяет в точности повторить контур стомы и обеспечит минимальный зазор между ней и краем отверстия в пластине, что предотвратит протекание кишечного содержимого под адгезив и раздражение кожи.

К сожалению, нередко встречалось месторасположение стомы в местах, значительно затрудняющих уход за стомой. При расположении стомы вблизи костных выступов (реберная дуга, передне-верхняя ость подвздошной кости) возможно использовать только однокомпонентные системы или двухкомпонентные с адгезивным фланцем (рис. 18). При расположении стомы в складке, вблизи рубцов предпочтительны такие же системы, так как гибкие пластины повторяют контур неровной поверхности брюшной стенки и в большей степени обеспечивают адгезию пластины к коже. Для большей надежности применяли дополнительные средства ухода: пасту-герметик в полосках, уплотняющие кольца.



Рисунок 18. 2-х компонентная система с адгезивным фланцем у пациента С. Амб. карта № К-4387.

Выявление осложнений стомы, перистомальных кожных осложнений.

Подбор продукции для пациентов с осложнениями кишечной стомы проводился с учетом вида осложнения и его клинических проявлений.

Из 409 пациентов, оперированных в ГНЦК в 2008 г., осложнения стомы

выявлены у 41(10,1%). Характер и частота осложнений представлены в табл.11.

Таблица 11.

Характер и частота осложнений стомы в группе №1а(n=409)

Характер осложнений стомы	Частота осложнений стомы	
	Число	Процент
нагноение	9	2,2%
ретракция	1	0,3%
некроз	1	0,3%
кровотечение	2	0,5%
втянутость стомы	7	1,7%
парастомальная грыжа	7	1,7%
стриктура	4	1,0%
пролапс	3	0,7%
свищ	4	1,0%
гипергрануляции слизистой	3	0,7%
Итого:	41	10,1%

Нагноение в виде расхождения кожно-кишечного шва было отмечено у 9 (2,2%) из 409 пациентов. Применение двухкомпонентных систем или послеоперационных мешков с открывающейся крышкой, пасты-герметик и современных перевязочных средств (серебросодержащих альгинатных повязок, ранозаживляющих порошков) позволило устранить такого рода осложнения изолируя раны от попадания кишечного содержимого, контролируя течение раневого процесса, при этом, не нарушая комфорта пациентов.

Клиническим примером поверхностного нагноения вследствие расхождения кожно-кишечного шва является следующее наблюдение:

Больная К. , 53 лет (и/б № 1480/2008 г.), оперирована по поводу рака прямой кишки на уровне зубчатой линии, произведена брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки с формированием внутрибрюшной колостомы. Ранний послеоперационный период протекал без осложнений, перистальтика восстановилась на 2-е сутки, колостома начала функционировать на 3 сутки после операции. Плановая замена послеоперационного калоприемника была проведена на 3 сутки на однокомпонентную дренируемую систему. На 6 день после операции при осмотре медицинской сестрой КРСБ выявлено прорезывание и

частичное расхождение кожно-кишечных швов по левой полуокружности с образованием гнойной раны размерами 2,5x1,5 см, глубиной 0,5 см, без признаков ретракции и распространения воспалительного процесса.

Медсестрой КРСБ диагностировано нагноение (расхождение кожно-кишечного шва), диагноз был подтвержден врачом и документирован фотографически (рис. 19). Прорезавшиеся лигатуры удалены. После промывания 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата рана просушена, нанесен абсорбирующий порошок Комфил, на рану наложена альгинатная повязка Сисорб (рис. 20). Для защиты от попадания кишечного отделяемого рана изолирована кольцом Когезив ЕАКІN и пастой-герметик (рис. 21). С целью ухода за стомой использовали двухкомпонентный калоприемник Альтерна на гидроколлоидной основе, что обеспечило оптимальные условия для «влажного заживления» раны и защиту от воздействия кишечного отделяемого. Подобные перевязки проводились трижды с интервалом в 3-4 дня, две из них пациентка проводила самостоятельно после выписки из стационара.

При контрольном осмотре через 10 дней, 21.07.2008 г., рана эпителизирована, перистомальная кожа не деформирована (рис. 22).



Рисунок 19.
Нагноение (расхождение кожно-кишечного шва) у пациентки К., 53 лет.
(и/б № 1480/2008 г.) 11.07.2008 г.



Рисунок 20.
Абсорбирующий порошок и альгинатная повязка «Сисорб» на ране у пациентки К., 53 лет.
11.07.2008 г.



Рисунок 21.

Паста-герметик и кольцо «Когезив слим» для защиты раны в области стомы у пациентки К., 53 лет.
11.07.2008 г.



Рисунок 22.

Вид перистомальной кожи после лечения нагноения у пациентки К., 53 лет, через 10 дней.
21.07.2008 г.

Ретракция стомы была диагностирована у 1 (0,3%) из 409 пациентов в раннем послеоперационном периоде, у 7 (1,7%) пациентов была выявлена *втянутость стомы*.

Клинический пример.

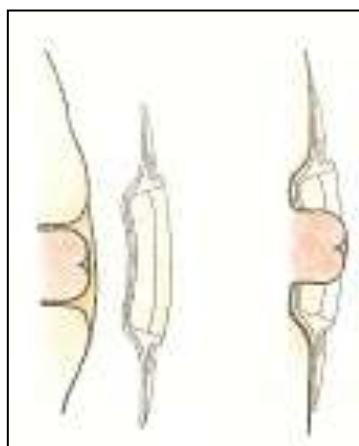
У пациентки Д., 64 лет (и/б № 2365/2008 г.), оперированной в экстренном порядке по поводу местнораспространенного рака прямой кишки на 3 см от края ануса, осложненного перифокальным воспалением, паратуморальным абсцессом, в раннем послеоперационном периоде (на 5 сутки после операции формирования двуствольной сигмостомы, вскрытия паратуморального абсцесса), из-за выведения кишки с натяжением и расхождения кожно-кишечного шва развилась циркулярная ретракция стомы до уровня клетчатки (рис. 23 а). Наличие этого осложнения значительно затрудняло уход за стомой и требовало применения дополнительных средств ухода (абсорбирующий порошок, паста-герметик, уплотняющие кольца для выравнивания перистомальной поверхности и защиты раны) (рис.23 б) и специальных двухкомпонентных калоприемников с конвексной (вогнутой) пластиной (рис. 23 в, г).



а



б



в



г

Рисунок 23 а) циркулярная ретракция стомы до уровня клетчатки у пациентки Д., и/б № 2365/2008 г., б) уплотняющее кольцо для выравнивания поверхности и защиты раны, в) механизм действия конвексной пластины, г) конвексная пластина, наложенная на стому.

У 7 пациентов втянутость стомы появилась в отдаленном послеоперационном периоде, в сроки от 1,5 до 6 месяцев, в связи с прибавлением веса. Втянутость стомы приводила к частому протеканию кишечного содержимого под пластину калоприемника, что периодически вызывало повреждение перистомальной кожи. Деформация перистомальной области отчетливо определялась в положении пациентов сидя и стоя (рис. 24 б, в). Использование конвексной пластины с ремнем (рис. 24 г) позволило решить проблемы ухода за стомой у всех пациентов, имевших втянутость стомы.



а



б



в



г

Рисунок 24. Втянутость сигмостомы в отдаленном послеоперационном периоде у пациентки М. (№ а.к. К-2348/2008), а) вид стомы в положении пациентки лежа, б) втянутость стомы, визуализируемая в положении сидя, в) втянутость стомы, визуализируемая в положении стоя, г) конвексная пластина с ремнем.

Парастомальная грыжа (рис. 25 а) была выявлена у 7 (1,7%) из 409 больных. Пациенты даже с небольшими размерами грыжи испытывали затруднения при пользовании калоприемниками из-за частого преждевременного отклеивания пластин калоприемника вследствие изменения контура передней брюшной стенки и протекания кишечного содержимого. Помощь заключалась в применении однокомпонентных калоприемников с гибкими (облегченными) пластинами (рис. 25 б), двухкомпонентных систем с адгезивным (клеевым) фланцевым соединением пластины и мешка, использовании специально подобранных бандажей, поддерживающих брюшную стенку.



а



б

Рисунок 25 а) парастомальная грыжа сигмостомы у пациентки М., (№ а.к. 3003/2008), б) однокомпонентный калоприемник с гибкой пластиной на деформированной (из-за наличия парастомальной грыжи) передней брюшной стенке.

Стриктура кишечных стом (рис. 26 а) проявлялась в виде деформации и рубцового сужения выведенной кишки на уровне кожи и выявлена у 4 (1,0%) из 409 пациентов. Причинами этого осложнения у 3 пациентов послужило нагноение парастомальной раны вследствие частичного расхождения кожно-кишечного шва, у 1 больного - краевой некроз выведенной кишки. При компенсированных (у 3 пациентов) или субкомпенсированных (у 1 пациента) стриктурах стомы, когда пассаж кишечного содержимого не был нарушен значительно, пациентов обучали пальцевому бужированию стомы (рис. 26 б). Для удобного ежедневного доступа к стоме без снятия пластины применяли, как правило, двухкомпонентные калоприемники (рис. 26 в), реже однокомпонентные с закрытыми (недренируемыми) мешками.



а

б

в

Рисунок 26 а) стриктура сигмостомы у пациентки К. (№ а.к. 1741/2008), б) пальцевое бужирование стомы, в) бужирование стомы без снятия пластины калоприемника.

Пропалс (рис. 27 а) был отмечен у 3 (0,7%) из 409 пациентов. Небольшое (3-4см) выпадение слизистой встречалось довольно часто, но, как правило, не сопровождалось нарушением состояния больного и функции стомы и не требовало применения особых средств ухода за стомой. У 2 пациентов наблюдалось выпадение при петлевой трансверзостоме, у 1 больного – при петлевой сигмостоме. Полное выпадение всех слоев кишечной стенки нарушало функцию опорожнения, затрудняло уход за стомой. Такое осложнение, наблюдавшееся у 2 пациентов, потребовало применения одно- или двухкомпонентных калоприемников с прозрачными мешками (для контроля за состоянием выпадающей кишки) (рис. 27 б), большого размера, а также ношение абдоминального поддерживающего пояса-бандажа, фиксирующего место пролапса с помощью тугого валика (пелота), накладываемого поверх калоприемника после вправления кишки в брюшную полость.



а



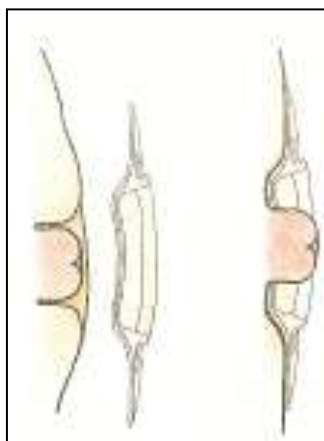
б

Рисунок 27 а) пролапс петлевой сигмостомы у пациента Н. (№ а.к. К-3278/2008), б) прозрачный калоприемник для визуализации стомы.

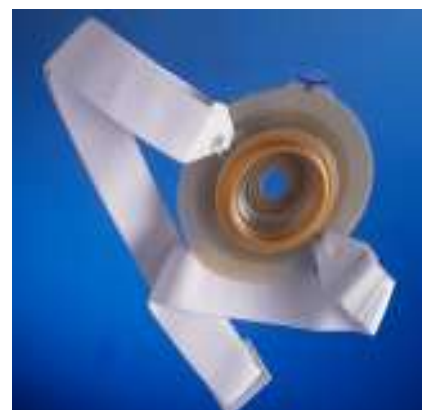
Парастомальные свищи (рис. 28 а) были выявлены у 4 (1,0%) из 409 пациентов, у 3 больных с илеостомами и у 1 пациента с колостомой. Причиной формирования свищей явилось повреждение кишки при формировании стомы вследствие прошивания стенки кишки через все слои.



а



б



в

Рисунок 28 а) Пристеночный свищ при илеостоме у пациента Н., (№ и. б. 2549/2008), б) механизм действия конвексной пластины, в) конвексная пластина с ремнем.

У всех пациентов свищи располагались пристеночно, на границе кожно-

кишечного шва, в связи с чем, применяли двухкомпонентные системы с конвексной пластиной с дополнительной фиксацией ремнем. Использование конвексной пластины с отверстием, вырезаемым с учетом размера стомы и свища, позволяло расположить свищ выше уровня пластины (рис. 28 б, в), что исключало протекание кишечного отделяемого из свища под калоприемник.

В раннем послеоперационном периоде *некроз* был зафиксирован у 1(0,3%) пациента и *кровотечение* - у 2 (0,5%) больных, благодаря применению прозрачных послеоперационных мешков.

Перистомальные кожные осложнения значительно осложняют уход за стомой и требуют применения специальных и дополнительных средств ухода.

У 48 (11,7%) из 409 пациентов, оперированных в ГНЦК в 2008 г., диагностированы повреждения кожных покровов вокруг стомы. Характер и частота перистомальных кожных осложнений представлены в табл. 12.

Таблица 12.

Характер и частота перистомальных кожных осложнений в группе №1а (n=409)

Характер осложнений	Частота осложнений	
	Число	Процент
контактный перистомальный дерматит	40	9,8%
аллергический дерматит	3	0,7 %
фолликулит	2	0,5%
другие кожные болезни	2	0,5%
гипергрануляции кожи	1	0,2%
Итого:	48	11,7%

Среди перистомальных осложнений чаще встречался контактный дерматит разной степени выраженности. Это осложнение было зарегистрировано у 40 (9,8%) из 409 больных (табл. 12), из них в качестве самостоятельного осложнения он был выявлен у 25 (62,5 %) пациентов, в сочетании с другими осложнениями стомы – у 15 (37,5%).

При анализе причин выявлено что, перистомальный контактный дерматит

являлся следствием химического воздействия кишечного отделяемого на кожу вокруг стомы у 8 (20%) пациентов - из-за протекания под пластину при неадекватном расположении стомы (в кожной складке или близко к реберной дуге); у 17 (42,5%) больных – из-за нарушения технологии использования продукции (у 6 пациентов - вырезание слишком большого отверстия в пластине, у 4 пациентов - превышение сроков ношения пластины, у 7 пациентов – из-за механического раздражения кожи вследствие слишком частой смены калоприемников или использования агрессивного (негидроколлоидного) адгезива пластины) (рис. 29) .

В сочетании с другими осложнениями стомы контактный перистомальный дерматит был зарегистрирован у 15 пациентов. Это осложнение развилось у 6 (15%) пациентов с втянутостью стомы, у 4 (10%) - с парастомальными свищами, у 4 (10%) - с парастомальными грыжами, у 1(2,5%) - с нагноением около стомы (рис. 33). Выявленные осложнения стомы, в связи с невозможностью адекватно использовать калоприемник, способствовали возникновению повреждений кожных покровов вокруг стомы, чем существенно затрудняли адаптацию больного к сформированному противоестественному заднему проходу.

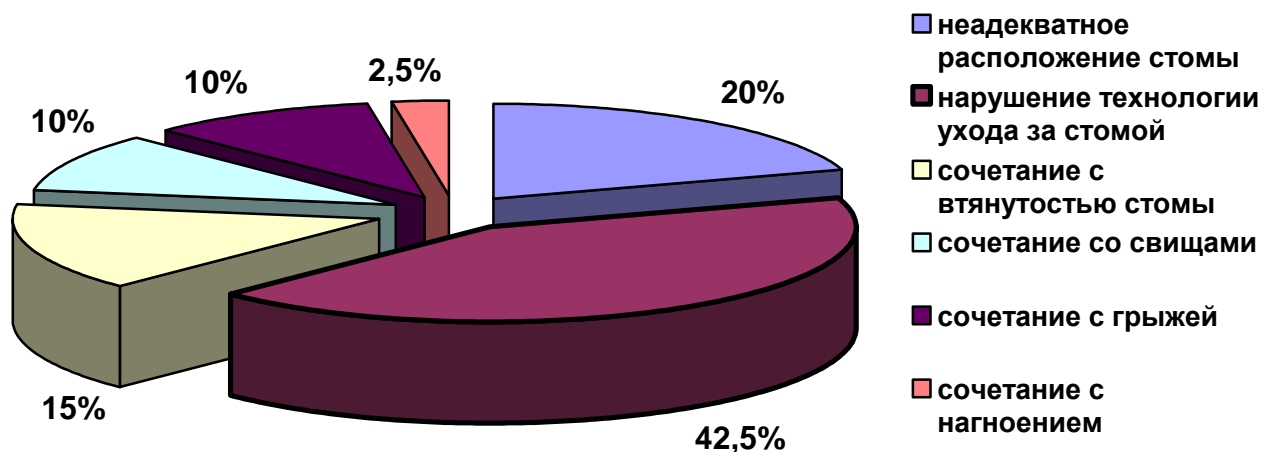


Рис. 29. Распределение причин возникновения перистомального дерматита.

Следует заметить, что большую часть причин (62,5%) возникновения

перистомального дерматита: 20% - неадекватное расположение стомы, 42,5% - нарушение технологии ухода за стомой, можно предотвратить, если строго соблюдать проведение всех необходимых мероприятий, касающихся предоперационной подготовки пациента и своевременного обучения. Наличие специализированной помощи стомированным пациентам успешно решает эту задачу.

Применение двухкомпонентных систем было предпочтительным при всех кожных осложнениях. По нашему мнению, 2-х компонентные системы из-за большего срока использования пластины (3 - 5 дней) создают оптимальные условия для лечения поврежденной кожи. Гидроколлоидные пластины, благодаря своему строению, позволяют коже восстановиться. Для лучшей защиты от протекания использовали специальный пояс для дополнительной фиксации пластин. Лечение зависело от степени повреждения кожи, включало использование дополнительных средств ухода: защитный крем, защитная пленка, ранозаживляющий порошок или пасту-герметик. У всех 40 пациентов удалось ликвидировать проявления дерматита в сроки от 3 до 10 дней.

Аллергический контактный дерматит (рис. 30) встречался довольно редко, у 3 (0,7%) пациентов, причиной его была гиперчувствительность кожи на адгезив пластины. Это осложнение проявлялось покраснением, эрозией кожи вокруг стомы, площадь поражения четко повторяла контуры пластины.



Рисунок 30. Аллергический перистомальный дерматит у пациента Р.
(№ а.к. К-4539/2008).

Всем пациентам потребовалась замена калоприемника на двухкомпонентную систему другого производителя. Больным проводили консервативное лечение, включающее использование аппликаций гидрокортизоновой мази, ранозаживляющего порошка, в результате чего состояние кожи вокруг стомы нормализовалось в сроки от 7 до 14 дней.

Фолликулит (рис. 31) у 2 (4,2%) пациентов был ликвидирован применением 1% раствора бриллиантовой зелени и двухкомпонентных систем, благодаря щадящему режиму смены адгезивной пластины 1 раз в 3 дня.



Рисунок 31. Фолликулит перистомальной кожи у пациента М. (№ а.к. К-5117/2008).

Другие поражения перистомальной кожи были диагностированы всего в 2 (4,2%) наблюдениях - у одного пациента, страдающего псориазом в течение 5 лет (рис. 32 а), диагностирован псориаз перистомальной кожи (рис. 32 б).



а



б

Рисунок 32 а) псориаз кожи лба и б) перистомальной кожи у пациента Е. (№ и.б. 2386/2008).

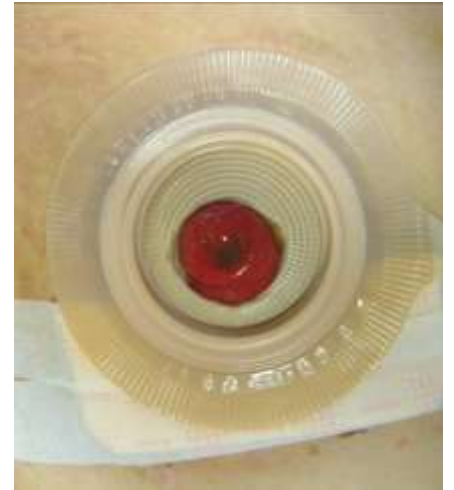
У 1 пациента развилась гангренозная пиодермия (рис.33 а). Использование двухкомпонентных систем обеспечивало возможность проведения специального лечения (использование гормональной мази, лечебных повязок) (рис. 33 б, в) и быстрого восстановления кожных покровов.



а



б



в

Рисунок 33 а) Гангренозная пиодермия перистомальной кожи у пациента М. (№ а.к. К-4226/2008), б) использование гормональной мази, в) использовании двухкомпонентной системы поверх лечебной повязки.

Гипергрануляции кожные в переходной зоне между слизистой и кожей вокруг стомы (рис.34 а) были выявлены у 1 (0.2%) пациента. Для профилактики этого осложнения важно грамотно подобрать и правильно использовать калоприемник, чтобы не травмировать слизистую и кожу.



а



б

Рисунок 34 а) гипергрануляции кожные в переходной зоне между слизистой и кожей вокруг стомы у пациентки Л. (№ а.к. К-4006/2008), б) использование пасты герметик вокруг стомы.

Для ухода за такого рода стомой использовали защитную пасту-герметик, гибкие калоприемники (рис.34 б). Впоследствии из-за выраженных симптомов (боль, кровотечение, протекание) грануляции удалили при помощи ляписного карандаша.

Установление психофизических особенностей пациента.

Индивидуальный подбор ТСП невозможен без учета психофизических особенностей пациента. Необходимо учитывать:

- информированность пациента о стоме, способах ухода за ней;
- способность к обучению использованию средств ухода за стомой;
- психологическая адаптация пациента к наличию стомы;
- тип телосложения, наличие ожирения;
- зрение, моторика рук;
- образ жизни (способность к самообслуживанию, наличие семейной или социальной поддержки, религиозные особенности).

Для успешной реабилитации стомированных пациентов необходимо не только обеспечить их высококачественными средствами ухода за стомой, но и обучить правильному их использованию. Это позволяет им контролировать функцию выделения, избавиться от многих осложнений стомы, помочь адаптировать их к новому состоянию организма и дает ощущение надежности и защищенности.

В раннем послеоперационном периоде совместно с лечащим врачом медицинская сестра КРСБ не только осуществляла непосредственный послеоперационный уход и наблюдение стомированных пациентов, но и организовывала обучение больных и их родственников навыкам ухода за стомой.

На основании своего и зарубежного опыта мы разработали инструкцию по обучению пациентов в раннем послеоперационном периоде (приложение №1). Это позволило унифицировать процесс обучения и рационально организовать работу со стомированными больными, а пациентам полноценно освоить навыки ухода за стомой. Согласно инструкции обучение пациента рассчитано на 9-10 дней (обычные сроки послеоперационного периода в ГНЦК). В дооперационный

период пациента знакомили с особенностями функции кишечной стомы, со средствами ухода за стомой и кожей вокруг стомы, так как наш опыт показывает, что пациенты, получившие первоначальные знания до операции, легче осваивают навыки ухода за стомой. Обучение проводилось на индивидуальной основе, строилось на поэтапном освоении пациентом навыков самостоятельного ухода за стомой. Если стомированный пациент не мог сам ухаживать за собой, обучали его родственников или других лиц, которые могли ухаживать за ним.

Определение размера и типа калоприемника.

Решение о конкретном типе изделия, необходимом каждому пациенту принималось с учетом всех выше перечисленных факторов. Размер калоприемника определялся в соответствии с размером стомы. Ориентировочные принципы подбора изделий представлены в табл. 13.

Таблица 13.

Показания и противопоказания к выбору разных типов калоприемников

Характеристика типов калоприемников	Преимущества	Недостатки	Показания	Противопоказания
Однокомпонентный калоприемник (недренируемые, закрытые мешки)	Простота и быстрота смены мешка	Необходимость ношения заполненного мешка, травмирование кожи при неоднократной смене мешка в течение дня	Наличие колостомы	Наличие парастомальной грыжи, перистомального дерматита
Однокомпонентный калоприемник (дренируемые, открытые мешки)	Возможность опорожнения, меньшее травмирование кожи (по сравнению с закрытыми мешками)	Необходимость времени и условий для опорожнения мешка	Наличие илеостомы, колостомы Наличие парастомальной грыжи	Наличие перистомального дерматита, стриктуры стомы при необходимости бужирования
Двухкомпонентный калоприемник с фланцевым соединением мешка и пластины	Отсутствие травмирования кожи в связи со сменой мешка и удобство для	Невозможность использования на изогнутых поверхностях, заметность под	Наличие илеостомы, колостомы Наличие	Наличие изогнутых поверхностей вокруг стомы, парастомальной

	опорожнения дренлируемых мешков	одеждой, вероятность негерметичности при нарушении правил установки	повреждений перистомальной кожи	грыжи
Калоприемник с конвексной пластиной	Изогнутая пластина обеспечивает герметичность за счет плотного прилегания к коже	При длительном ношении возможны повреждения кожи	Втянутость кишечной стомы Стомы, расположенные между складками	Наличие ровной поверхности вокруг стомы

Определение нормы выдачи ТСР.

Стомированные инвалиды обеспечиваются ТСР в соответствии с индивидуальной программой реабилитации (ИПР), разрабатываемой Федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы. Срок действия ИПР - 1 год. Норма отпуска ТСР и комплектующих к ним указываются в ИПР сроком на 1 год. Порядок обеспечения ТСР регулируется распоряжением Правительства РФ № 2347-Р от 30 декабря 2005 г., постановлением Правительства РФ № 240 от 07 апреля 2008 г., а также приказами Министерства здравоохранения и социального развития №1666-н от 27 декабря 2011 г., № 823-н от 28 июля 2011 г., Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации N 214-н от 24 мая 2013 г.

Учитывая, что для получения адекватной продукции по уходу за стомой важно правильное оформление ИПР, нами разработана справка, которая включает основные характеристики кишечных стом, значимые для консервативной и хирургической реабилитации стомированных пациентов, а также позволяет систематизировать составление программы медицинской реабилитации, оптимизировать индивидуальный подбор ТСР (приложение №2).

3.3. Влияние разработанной программы реабилитационных мероприятий на частоту осложнений кишечной стомы

С целью изучения влияния усовершенствованной программы реабилитационных мероприятий на частоту и характер осложнений кишечной стомы был проведен сравнительный анализ результатов лечения 409 пациентов с кишечной стомой, оперированных в ФГБУ «ГНЦ колопроктологии» и зарегистрированных в КРСБ ГНЦК в 2008 г., (основная группа №1а) и 956 пациентов с кишечной стомой, зарегистрированных в период с 2005 г. по 2007 г. (контрольная группа №1б).

Применив разработанный алгоритм диагностики, мы определили характер и частоту развития осложнений стомы у анализируемых групп больных.

Осложнения в основной группе №1а диагностированы у 89 (21,8%) из 409 пациентов, из них осложнения собственно стомы имелись в 41 (10,1%) наблюдениях, перистомальные кожные осложнения – в 48 (11,7%) случаях (табл. 14).

Следует заметить, что в контрольной группе №1б осложнения встречались чаще, чем в основной: у 319 (33,4%) из 956 пациентов (табл. 14). При этом осложнения собственно стомы наблюдались с частотой, сходной с основной группой – у 123 (12,9%) из 956 человек. Вместе с тем перистомальные кожные осложнения отмечены почти в 2 раза чаще, чем в основной группе – у 20,5% против 11,7% (табл. 14).

Таблица 14

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

Осложнения	Основная группа №1а		Контрольная группа №1б		Р
	n=409		n=956		
осложнение 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

Анализ характера осложнений собственно стомы позволил установить, что у пациентов основной группы №1а существенно реже по сравнению с контрольной группой №1б развивались осложнения воспалительного характера, нагноения в области стомы (2,2% и 6,0% соответственно, $p < 0,05$) (табл. 15). При этом в обеих группах, в большинстве случаев, отмечено поверхностное нагноение вследствие расхождения кожно-кишечного шва (рис. 35) .



Рисунок 35. Нагноение (расхождение кожно-кишечного шва) в области трансверзостомы у пациента В. (№ и.б. 2316/2008).

Только у 3 больных контрольной группы №1 б был диагностирован парастомальный абсцесс, потребовавший дополнительного дренирования. Остальные осложнения, возникающие как в раннем, так и в позднем послеоперационном периоде встречались примерно с одинаковой частотой (табл. 15).

Таблица 15.

Характер и частота осложнений стомы у пациентов основной группы №1а и контрольной группы №1б

Характер осложнений стомы	Частота осложнений стомы				P
	Основная группа №1а n=409		Контрольная группа №1б n=956		
нагноение	9	2,2%	57	6,0%	< 0,05
парастомальная грыжа	7	1,7%	20	2,1%	> 0,05
ретракция	1	0,3%	2	0,2%	> 0,05

втянутость стомы	7	1,7%	10	1,1%	> 0,05
стриктура	4	1,0%	9	0,9%	> 0,05
пролапс	3	0,7%	6	0,6%	> 0,05
свищ	4	1,0%	7	0,7%	> 0,05
гипергрануляции	3	0,7%	6	0,6%	> 0,05
некроз	1	0,3%	4	0,4%	> 0,05
кровотечение	2	0,5%	2	0,2%	> 0,05
Итого:	41	10,1%	123	12,9%	> 0,05

Проведя сравнительный анализ перистомальных кожных осложнений, мы установили, что 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. 16).

Таблица 16.

Характер и частота перистомальных кожных осложнений у пациентов основной группы №1а и контрольной группы №1б

Характер осложнений	Частота перистомальных кожных осложнений				P
	Основная группа №1а n=409		Контрольная группа №1б n=956		
контактный перистомальный дерматит	40	9,8%	184	19,3%	< 0,05
гипергрануляции кожи	1	0,2%	5	0,5%	> 0,05
аллергический дерматит	3	0,7 %	4	0,4%	> 0,05
фолликулит	2	0,5%	2	0,2%	> 0,05
другие кожные болезни	2	0,5%	1	0,1%	> 0,05
Итого:	48	11,7%	196	20,5%	< 0,05

Обращает на себя внимание существенное снижение частоты контактного перистомального дерматита с 19,3% до 9,8% ($p < 0,05$) (табл. 16).

При анализе структуры других перистомальных кожных осложнений у пациентов сравниваемых групп существенной разницы в типе и частоте

осложнений не выявлено.

Аллергический дерматит диагностирован у 3 (0,7%) больных основной группы и у 4 (0,4%) пациентов группы сравнения, гипергрануляции кожи выявлены в 1 (0,2%) случаях и 5 (0,5%), фолликулит – в 2 (0,5%) случаях и 2 (0,2%) соответственно. Наиболее редкими осложнениями были другие поражения перистомальной кожи – всего в 2 (0,5%) наблюдениях в первой группе (у одного пациента диагностирован псориаз, у другого - гангренозная пиодермия). Во второй группе лишь у 1 (0,1%) больного изменения перистомальной кожи возникли вследствие псориаза.

Ведущими причинами возникновения перистомальных кожных осложнений являлись:

- нарушение технологии ухода за стомой;
- особенности расположения стомы на передней брюшной стенке;
- сочетание с осложнениями стомы, которые способствовали затруднению или невозможности ухода за стомой, что и приводило к возникновению перистомального дерматита;
- индивидуальные особенности кожи пациента (повышенная чувствительность к механическому или химическому воздействию, наличие кожных заболеваний).

На большую часть выявленных причин кожных перистомальных осложнений можно воздействовать посредством профилактических реабилитационных мероприятий, а именно: предоперационная подготовка пациентов, обучение персонала и пациентов правильному использованию средств ухода, своевременное применение адекватной (по медицинским показаниям) продукции по уходу за стомой путем индивидуального подбора. Внедрение разработанной программы реабилитации позволило снизить частоту этих осложнений у стомированных пациентов с 20,5 % до 11,7% ($p < 0,05$). Особенно показательно снижение частоты контактного перистомального дерматита с 19,3% до 9,8% ($p < 0,05$), так как при этом осложнении наибольшее значение имеет именно правильная организация ухода за стомой.

Количество осложнений собственно стомы уменьшилось с 12,9% до 10,1%, однако разница в этих показателях статистически недостоверна ($p > 0,05$). Это объясняется тем, что основными причинами в возникновении осложнений стомы являются дефекты хирургической техники при ее формировании и существенного влияния на частоту осложнений реабилитационные мероприятия оказать не могут. На наш взгляд, на снижение частоты осложнений стомы повлияло своевременное их выявление и определение тактики лечения благодаря применению разработанных алгоритмов диагностики и лечения осложнений кишечной стомы, алгоритмов подбора технических средств реабилитации, а также работа специально обученного персонала. Следует подчеркнуть, что применение предложенных алгоритмов и протоколов ведения пациентов с кишечной стомой – методически простая, общедоступная процедура, обеспечивающая взаимопонимание и преемственность между специалистами по уходу за стомами и врачами.

Снижение общего количества осложнений с 33,4% до 21,8% ($p < 0,05$) удалось достигнуть за счет внедрения разработанной нами комплексной программы реабилитации в клиническую практику ГНЦК, позволившей оказывать всестороннюю помощь этому контингенту больных, стандартизировать медицинские технологии.

В связи с вышеизложенным нам представляется, что для реализации многообразных реабилитационных мероприятий в любом учреждении, осуществляющем хирургическое лечение, связанное с формированием стом, необходимым условием является наличие специально обученных медицинских работников, организация особого подразделения - кабинета реабилитации стомированных больных.

ГЛАВА 4. ОБОСНОВАНИЕ СПЕЦИАЛИЗАЦИИ В ОКАЗАНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ СТОМИРОВАННЫМ ПАЦИЕНТАМ

4.1. Регламентация труда медицинского персонала кабинета реабилитации стомированных больных

Анализ деятельности медицинского персонала КРСБ выявил, что основная роль по оказанию ухода и проведению медицинской реабилитации стомированных пациентов принадлежит среднему медицинскому персоналу. В то же время правовые документы, регламентирующие деятельность медицинского персонала КРСБ не соответствуют характеру и сложности выполняемых им работ. [26]. В связи с чем, было предпринято исследование по регламентации труда медицинского персонала кабинета реабилитации стомированных больных.

Для получения расчетных показателей нагрузки медицинской сестры по реабилитации стомированных пациентов, нами было проведено фотохронометражное наблюдение за рабочим процессом медсестры КРСБ ФГБУ ГНЦК в течение двух недель (10 рабочих дней). Общий стаж работы медицинской сестры 14 лет, стаж работы в КРСБ 4 года. За период исследования (апрель 2010 года) в кабинет реабилитации стомированных больных было осуществлено 150 посещений: первичных до операции 24 (16,0%), первичных после операции 34 (22,7%), повторных 92 (61,3%) (табл. 17).

Таблица 17.

Структура посещений медицинской сестры по реабилитации стомированных пациентов по видам приемов

Вид посещения	количество	%
Первичный прием до операции	24	16,0
Первичный прием после операции	34	22,7
Повторный прием после операции	92	61,3
Всего:	150	100,0

Следует отметить, что структура посещений в период исследования весьма

близка к структуре посещаемости КРСБ за год в целом.

4.1.1 Разработка норм времени на оказываемые медицинские услуги в кабинете реабилитации стомированных больных.

Методика фотохронометражного наблюдения за работой КРСБ предусматривала следующую классификацию рабочего времени: производительное и непроизводительное время. Каждая группировка была детализирована. В соответствии с методическими рекомендациями [40] к производительной работе отнесены все виды деятельности, связанные с обслуживанием пациентов, а именно:

- основная деятельность, которая включала беседу с пациентом, осмотр, лечебно-диагностические манипуляции, обучение пациента (и/или родственников) уходу за стомой;
- вспомогательная работа включала подготовку медсестры и пациента к осмотру, выдачу средств ухода за стомой и контроль их использования в отделениях, подготовку рабочего места. Значительное место в деятельности медицинской сестры по реабилитации стомированных пациентов занимала работа с медицинской документацией.

Работа, которую нельзя было отнести ни к одной вышеназванной рубрике, была отнесена к группе «прочая деятельность».

К непроизводительным тратам рабочего времени отнесено личное и незагруженное время.

Детализация видов деятельности до простейших элементов труда осуществлена с помощью специально разработанного «Словаря видов деятельности и трудовых операций медицинской сестры по реабилитации стомированных пациентов».

Результаты исследования показали, что в структуре рабочего времени медицинской сестры по реабилитации стомированных больных (10 рабочих дней = 4680,0 минут) непосредственная лечебно-диагностическая работа, включающая осмотр и ведение пациента, занимала 22,4% (табл. 18, рис.36).

Таблица 18.

Структура затрат рабочего времени медицинской сестры КРСБ за 10 дней
(4680,0мин.)

Вид и элемент деятельности	Затраты времени	
	абс. (мин)	%
ОСНОВНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ	2391,48	51,1
Беседа с пациентом	921,96	19,7
Сбор анамнеза	93,6	2,0
Оценка состояния пациента перед операцией	145,08	3,1
Предоперационная подготовка и психологическая помощь пациенту	210,6	4,5
Послеоперационная оценка состояния пациента	51,48	1,1
Информирование пациента о способах и средствах ухода за кишечной стомой	421,2	9,0
Осмотр	234	5,0
Общий осмотр	46,8	1,0
Осмотр стомы и парастомальной области	60,84	1,3
Совместный осмотр пациента с врачом	102,96	2,2
Пальпация стомы и парастомальной области	23,4	0,5
Ведение пациента	814,32	17,4
Маркировка местоположения стомы перед операцией	177,84	3,8
Уход за пациентом с неосложненной кишечной стомой	234,00	5,0
Уход за пациентом с осложненной кишечной стомой	243,36	5,2
Ирригация через стому	74,88	1,6
Ирригация дистального отдела кишки	9,36	0,2
Подготовка к выписке из стационара	74,88	1,6
Обучение пациента (и/или родственников) уходу за стомой.	421,2	9,0
ВСПОМОГАТЕЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ	842,4	18,0
Надевание халата, переодевание	93,6	2,0
Подготовка и уборка рабочего места	238,68	5,1
Подготовка медсестры к осмотру	79,56	1,7
Подготовка пациента к осмотру.	126,36	2,7
Выдача средств ухода, контроль их использования в отделениях	177,84	3,8
Переходы	126,36	2,7
РАБОТА С ДОКУМЕНТАЦИЕЙ	645,84	13,8
Ознакомление с медицинской документацией	9,36	0,2
Запись в медицинские документы (базу данных)	636,48	
Запись результатов первичного осмотра	93,6	2,0

Запись результатов повторного осмотра	117	2,5
Ведение документации по учету технических средств реабилитации	84,24	1,8
Оформление медицинской документации (карты стомированного пациента, справки)	117	2,5
Ведение фотодокументации	60,84	1,3
Ведение базы данных (сверка данных, снятие пациентов с учета)	163,8	3,5
СЛУЖЕБНЫЕ РАЗГОВОРЫ	262,08	5,6
Разговор с медицинским персоналом	98,28	2,1
Служебный разговор по телефону (консультация пациента on-line)	163,8	3,5
ПРОЧАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ	243,36	5,2
Занятия с медицинским персоналом (лекции, беседы)	117	2,5
Участие в научно-исследовательской деятельности	126,36	2,7
ЛИЧНОЕ НЕОБХОДИМОЕ ВРЕМЯ	135,72	2,9
НЕЗАГРУЖЕННОЕ ВРЕМЯ	159,12	3,4
Опоздание на работу и преждевременный уход с работы	-	-
Ожидание пациента	159,12	3,4
Посторонние разговоры.	-	-
ВСЕГО:	4 680,00	100,0

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. Именно этим обусловлен высокий удельный вес затрат рабочего времени на беседу с пациентом (19,7%) и обучение (9,0%).

Вспомогательная деятельность, учитывая специфику работы со стомированными пациентами (особенности использования и утилизации средств ухода за стомой), составила 18%. В основном, время затрачивалось на подготовку и уборку рабочего места (5,1%), подготовку медсестры и пациента к осмотру (4,4%), выдачу средств ухода за стомой, контроль за их использованием в отделениях (3,8%).

Затраты времени на оформление документации, учитывая использование персонального компьютера и специальной программы, составили всего 13,8 % и

обусловлены, в основном, ведением медицинской документации (8,7%), и ведением базы данных (сверка данных, снятие пациентов с учета) - 3,5 %.

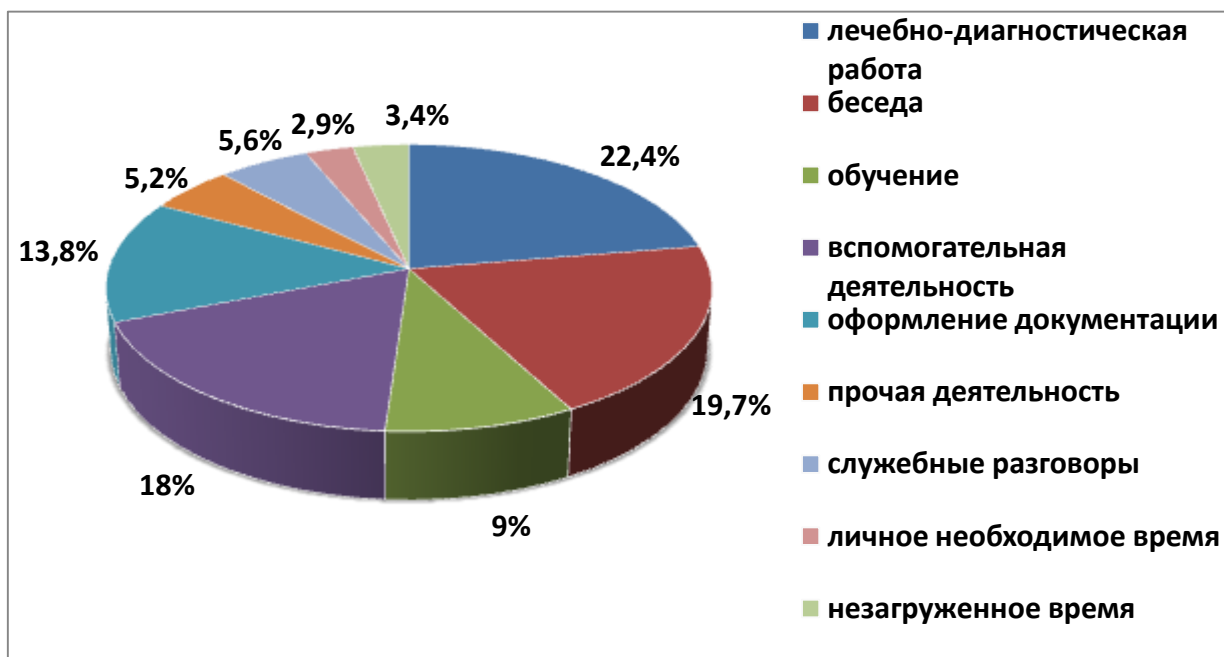


Рисунок 36. Структура затрат рабочего времени медицинской сестры КРСБ

Новым видом деятельности медсестры явилось ведение фотодокументации (1,3%), которая не занимает много времени, однако очень актуальна для контроля качества диагностики и лечения осложнений стомы.

Служебные разговоры составили 5,6% в структуре затрат рабочего времени, из них 3,5% - консультации по телефону и on-line, так как даже заочная консультация важна и полезна для стомированных пациентов.

Личное необходимое время составило 2,9% от общих затрат времени - это 13,2 минут в день, что почти соответствует принятым в других отраслях народного хозяйства нормативам 10 минут в день.

Прочая деятельность составила 5,2% и обусловлена участием медицинской сестры КРСБ в научно-исследовательской и образовательной деятельности, что является новым перспективным видом деятельности для среднего медперсонала.

В соответствии с методическими рекомендациями все трудовые затраты времени медицинской сестры по реабилитации стомированных пациентов можно разделить на затраты, связанные с обслуживанием больных, а также затраты, не имеющие непосредственного отношения к обслуживанию больных [44].

За период наблюдения затраты времени медицинской сестры КРСБ непосредственно на обслуживание пациентов представлены в табл. 19.

Таблица 19.

Структура затрат рабочего времени медицинской сестры КРСБ непосредственно на обслуживание пациентов за 10 дней

Вид и элемент деятельности	Затраты времени	
	абс. (мин.)	%
ОСНОВНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ	2391,48	71,5
Беседа с пациентом	921,96	27,6
Анамнез	93,6	2,8
Оценка состояния пациента перед операцией	145,08	4,3
Предоперационная подготовка и психологическая помощь пациенту	210,6	6,3
Послеоперационная оценка состояния пациента	51,48	1,6
Информирование пациента о способах и средствах ухода за кишечной стомой	421,2	12,6
Осмотр	234	7
Общий осмотр	46,8	1,4
Осмотр стомы и парастомальной области	60,84	1,8
Совместный осмотр пациента с врачом	102,96	3,1
Пальпация стомы и парастомальной области	23,4	0,7
Ведение пациента	814,32	24,3
Маркировка местоположения стомы перед операцией	177,84	5,3
Уход за пациентом с неосложненной кишечной стомой	234	7
Уход за пациентом с осложненной кишечной стомой	243,36	7,3
Ирригация	74,88	2,2
Ирригация дистального отдела кишки	9,36	0,3
Подготовка к выписке из стационара	74,88	2,2
Обучение пациента (и/или родственников) уходу за стомой.	421,2	12,6
ВСПОМОГАТЕЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ	205,92	6,2
Подготовка медсестры к осмотру	79,56	2,4
Подготовка пациента к осмотру.	126,36	3,8
РАБОТА С ДОКУМЕНТАЦИЕЙ	482,04	14,5
Ознакомление с медицинской документацией, результатами анализов	9,36	0,3
Запись в медицинские документы (базу данных)	472,68	14,2
Запись результатов первичного осмотра	93,6	2,8
Запись результатов повторного осмотра	117	3,5

Ведение документации по учету технических средств реабилитации	84,24	2,5
Оформление медицинской документации (карты стомированного пациента, справки)	117	3,5
Ведение фотодокументации	60,84	1,8
СЛУЖЕБНЫЕ РАЗГОВОРЫ	262,08	7,8
Разговор с медицинским персоналом	98,28	2,9
Служебный разговор по телефону (консультация пациента on-line)	163,8	4,9
ВСЕГО:	3341,52	100

В основном это затраты времени на лечебно-диагностическую работу (31,3%), беседу (27,6%) и обучение пациента (12,6%), учитывая значимость этих видов деятельности для реабилитации стомированных пациентов, а также работу с документацией (14,5%) и служебные разговоры (7,8%).

Проведена регламентация затрат времени медицинской сестры по реабилитации стомированных больных на работы, не связанные с непосредственным обслуживанием пациента, продолжительность которых представлена в таблице 20.

Таблица 20.

Затраты рабочего времени медсестры КРСБ, не связанные с непосредственным оказанием медицинской помощи пациенту

Вид и элемент деятельности	Фактически затраченное время (мин.)	Время, принятое для расчетов (мин.)
ВСПОМОГАТЕЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ	636,48	636,48
Надевание халата, переодевание	93,6	93,6
Подготовка и уборка рабочего места	238,68	238,68
Переходы	177,84	177,84
Выдача средств ухода, контроль их расходования в отделениях	126,36	126,36
РАБОТА С ДОКУМЕНТАЦИЕЙ	163,8	163,8
Ведение базы данных (сверка данных, снятие пациентов с учета)	163,8	163,8
ПРОЧАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ	243,36	243,36
Занятия с медицинским персоналом (лекции, беседы)	117	117
Участие в научно-исследовательской	126,36	126,36

деятельности		
ЛИЧНОЕ НЕОБХОДИМОЕ ВРЕМЯ	135,72	100,00
НЕЗАГРУЖЕННОЕ ВРЕМЯ	159,12	159,12
Опоздание на работу и преждевременный уход с работы	-	-
Ожидание пациента	159,12	159,12
Посторонние разговоры.	-	-
ВСЕГО:	1338,48	1302,76

Для дальнейшего расчета взяты фактические затраты времени на все виды деятельности, исключая личное необходимое время, на которое было определено 10 мин. в день, что соответствует временным нормативам, принятым в других отраслях народного хозяйства, в том числе и в здравоохранении.

В среднее время, затрачиваемое медицинской сестрой по реабилитации стомированных больных на одного пациента, включены все виды деятельности, имеющие отношение к обслуживанию пациента.

В процессе исследования проведены расчеты среднеарифметической величины продолжительности каждого элемента деятельности и фактической частоты повторяемости этого элемента в соответствии с методикой нормирования труда на основе хронометражных замеров [43].

При статистической обработке материалов хронометража фактические средние затраты на тот или иной вид работ рассчитывали по формуле (1):

$$T_{\phi} = \sum t_i \times k_i, (1)$$

где T_{ϕ} – затраты времени на определенный вид работ (продолжительность элемента);

t_i – затраты времени на отдельные трудовые операции;

k_i – частота повторяемости отдельных трудовых операций.

Частоту повторяемости отдельных трудовых операций устанавливали по фактическим данным.

Расчетное время (T_p) на каждую технологическую операцию определялось путем умножения среднего фактического времени T_{ϕ} , затраченного на данную

операцию по хронометражу, на экспертный коэффициент ее повторяемости k_3 , по формуле (2).

$$T_p = T_f \times k_3 \quad (2)$$

Экспертный коэффициент повторяемости технологической операции определялся наиболее квалифицированным врачом-колопроктологом, исходя из сложившегося опыта применения метода и профессионального представления о должной повторяемости технологической операции.

Структура элементов деятельности медицинской сестры по реабилитации стомированных пациентов различалась по видам приемов.

В первичный прием до операции, согласно протоколам ведения пациентов, включены: оценка состояния пациента перед операцией, предоперационная подготовка и психологическая помощь пациенту, маркировка местоположения стомы перед операцией.

Из таблицы 21 следует, что, в среднем, 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.

Таблица 21.

Затраты времени медицинской сестры КРСБ на обслуживание одного пациента при первичном приеме до операции

Наименование деятельности	Продолжительность элементов трудового процесса, мин.	Коэффициент повторяемости		Среднее расчетное время на один элемент, мин.
		фактический	экспертный	
ОСНОВНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ	32,48			26,42
Беседа с пациентом	23,68			19,09
Анамнез	3,29	0,50	0,5	1,65
Оценка состояния пациента перед операцией	5,87	1,00	1	5,87

Предоперационная подготовка и психологическая помощь пациенту	8,62	1,00	1	8,62
Информирование пациента о способах и средствах ухода за кишечной стомой	5,90	0,58	0,5	2,95
Маркировка местоположения стомы перед операцией	8,80	0,83	0,83	7,33
ВСПОМОГАТЕЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ	1,44			1,33
Подготовка медсестры к осмотру	0,53	1,00	1	0,53
Подготовка пациента к осмотру.	0,91	0,88	0,88	0,8
РАБОТА С ДОКУМЕНТАЦИЕЙ	1,8			1,38
Ознакомление с медицинской документацией	0,83	0,12	0,5	0,41
Запись результатов первичного осмотра	0,97	0,95	1	0,97
ВСЕГО	35,72			29,13

Аналогичным образом, с использованием вышеназванных методических приемов, были рассчитаны затраты времени медицинской сестры КРСБ на обслуживание одного пациента при первичном приеме после операции, которые составили 24,12 минуты (табл. 22).

Таблица 22.

Затраты времени медицинской сестры КРСБ на обслуживание одного пациента при первичном приеме после операции

Наименование деятельности	Продолжительность элементов трудового процесса, мин.	Коэффициент повторяемости		Среднее расчетное время на один элемент, мин.
		фактический	экспертный	
ОСНОВНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ	29,2			16,55
Беседа с пациентом	5,44			4,71
Анамнез	1,46	0,35	0,5	0,73

Послеоперационная оценка состояния пациента	1,90	0,29	1	1,90
Информирование пациента о способах и средствах ухода за кишечной стомой	2,08	0,82	1	2,08
Осмотр	7,35			3,76
Общий осмотр	0,38	0,82	1	0,38
Осмотр стомы и парастомальной области	0,70	0,82	1	0,70
Совместный осмотр пациента с врачом	5,52	0,35	0,35	1,93
Пальпация стомы и парастомальной области	0,75	0,06	1	0,75
Уход за пациентом с неосложненной кишечной стомой	4,07	0,65	0,65	2,64
Уход за пациентом с осложненной кишечной стомой	5,36	0,29	0,35	1,88
Обучение пациента (и/или родственников) уходу за стомой.	4,34	0,82	0,82	3,56
ВСПОМОГАТЕЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ	1,81			1,65
Подготовка медсестры к осмотру	0,53	1,00	1	0,53
Подготовка пациента к осмотру.	1,28	0,88	0,88	1,12
РАБОТА С ДОКУМЕНТАЦИЕЙ	13,04			4,98
Ознакомление с медицинской документацией, результатами анализов	0,83	0,12	0,5	0,41
Запись результатов первичного осмотра	2,86	0,94	1	2,86
Ведение документации по учету технических средств реабилитации	0,54	0,88	0,88	0,48
Оформление медицинской документации	2,08	0,12	0,2	0,42

Ведение фотодокументации	6,73	0,12	0,12	0,81
СЛУЖЕБНЫЕ РАЗГОВОРЫ	12,41			0,95
Разговор с медицинским персоналом	1,16	0,24	0,24	0,28
Служебный разговор по телефону	0,52	0,06	0,06	0,03
Консультация пациента по телефону, on-line	10,73	0,06	0,06	0,64
ВСЕГО	56,46	-	-	24,12

Следует заметить, что первичный прием после операции предназначен, в основном, для консультации стомированных пациентов, оперированных в других учреждениях, как правило, не получивших специализированную предоперационную подготовку и информирование, чаще имевших осложнения стомы. Эти обстоятельства обусловили как структуру такого приема, так и большую его продолжительность.

Затраты времени медицинской сестры КРСБ на обслуживание одного пациента при повторном приеме после операции составили 20,78 минуты (табл.23).

Таблица 23.

Затраты времени медицинской сестры КРСБ на обслуживание одного пациента при повторном приеме после операции

Наименование деятельности	Продолжительность элементов трудового процесса, мин.	Коэффициент повторяемости		Среднее расчетное время на один элемент, мин.
		фактический	экспертный	
ОСНОВНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ	72,03			15,52
Беседа с пациентом	7,55			4,56
Анамнез	1,76	0,11	0,3	0,53
Послеоперационная оценка состояния пациента	2	0,18	0,5	1,00
Информирование пациента о способах и средствах ухода за кишечной стомой	3,79	0,80	0,8	3,03

Осмотр	6,96			1,57
Общий осмотр	0,64	0,44	0,44	0,28
Осмотр стомы и парастомальной области	0,71	0,62	0,78	0,55
Совместный осмотр пациента с врачом	5,36	0,07	0,1	0,54
Пальпация стомы и парастомальной области	0,25	0,02	0,78	0,20
Уход за пациентом с неосложненной кишечной стомой	4,11	0,40	0,6	2,47
Уход за пациентом с осложненной кишечной стомой	6,98	0,29	0,3	2,09
Ирригация через стому	37	0,02	0,02	0,78
Ирригация дистального отдела кишки	1,67	0,13	0,07	0,12
Подготовка к выписке из стационара	3,63	0,22	0,22	0,81
Обучение пациента (и/или родственников) уходу за стомой.	4,13	0,76	0,76	3,12
ВСПОМОГАТЕЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ	2,09			1,52
Подготовка медсестры к осмотру	0,71	0,76	0,8	0,57
Подготовка пациента к осмотру.	1,38	0,69	0,69	0,95
РАБОТА С ДОКУМЕНТАЦИЕЙ	8,1			3,47
Ознакомление с медицинской документацией, результатами анализов	1,19	0,04	0,04	0,05
Запись результатов повторного осмотра	2,03	0,69	0,8	1,62
Ведение документации по учету технических средств реабилитации	0,69	0,44	0,8	0,55
Оформление медицинской документации	3,36	0,36	0,36	1,19
Ведение фотодокументации	0,83	0,07	0,07	0,06
СЛУЖЕБНЫЕ РАЗГОВОРЫ	6,22			0,27
Разговор с медицинским	2,3	0,04	0,04	0,10

персоналом				
Служебный разговор по телефону	0,61	0,07	0,07	0,04
Консультация пациента по телефону, on-line	3,31	0,04	0,04	0,13
ВСЕГО	88,44	-	-	20,78

В процессе исследования определено среднее расчетное время медицинской сестры по реабилитации стомированных больных на обслуживание одного пациента, дифференцированное с учетом временных затрат в зависимости от вида посещения (табл. 24).

Таблица 24.

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

Средневзвешенное время T_{cp} на одно посещение медицинской сестры КРСБ рассчитано по формуле (3) следующим образом:

$$T_{cp} = \frac{(t_1 \times j_1 + t_2 \times j_2 + t_3 \times j_3)}{100} \quad (3), \text{ где}$$

t_1 - показатели расчетных норм времени на первичный прием до операции;

j_1 - удельный вес первичных приемов до операции (в %);

t_2 - показатели расчетных норм времени на первичный прием после операции;

j_2 - удельный вес первичных приемов после операции (в %);

t_3 - показатели расчетных норм времени на повторный прием после операции;

j_3 - удельный вес повторных приемов после операции (в %).

и составило:

$$T_{\text{cp}} = \frac{(16,0 \times 29,13) + (22,7 \times 24,12) + (61,3 \times 20,78)}{100} = 22,87 \text{ минут}$$

4.1.2. Определение норм нагрузки медицинского персонала в кабинете реабилитации стомированных больных.

Из всех нормативных показателей по труду (нормы времени, нормы нагрузки (обслуживания), нормативы численности) основополагающими являются нормы времени, остальные данные являются расчетными.

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, определяли по формуле (4):

$$\Phi = \frac{B \times k}{T_{\text{cp}}} \quad (4), \text{ где}$$

Φ – функция сестринской должности (годовая);

B – годовой бюджет времени в минутах;

k – коэффициент использования рабочего времени на производительную (лечебно-диагностическую) деятельность;

T_{cp} - средневзвешенное время на одно посещение медицинской сестры КРСБ в минутах.

Годовой бюджет рабочего времени должности B , определяемый установленным законодательством РФ, а также режимом труда и отдыха. рассчитывается по формуле (5):

$$B = m \times d - n - z \quad (5), \text{ где:}$$

m – число рабочих дней в году по пятидневной рабочей неделе;

d – число часов работы в день (по пятидневной рабочей неделе);

n – число часов сокращения рабочего времени в предпраздничные дни;

z – число рабочих часов, приходящихся на отпускной период времени, которое определяют путем умножения недельной продолжительности рабочего времени на число недель отпуска.

Согласно трудовому законодательству для должности устанавливается нормативная продолжительность рабочей недели. В соответствии со статьей 350 Трудового кодекса РФ установлена сокращенная продолжительность рабочей недели для медицинских работников – не более 39 часов.

Согласно производственному календарю в 2010 году было 249 рабочих дней, предпраздничных дней - 5.

Таким образом, годовой бюджет рабочего времени медицинской сестры КРСБ при 39 часовой рабочей неделе, 28-дневном отпуске (в числе календарных дней, 4 недели), рассчитанный на 2010 г. по формуле 3, составил:

$$Б = 1781,2 \text{ часов} = (249 \times 7,8 - 5 - 39 \times 4) \text{ или } 106872 \text{ минуты } (60,0 \times 1781,2).$$

Для расчётов, связанных со штатным нормированием необходимо определить коэффициент рабочего времени на производительную деятельность, который рассчитан отношением времени на основную и вспомогательную деятельность медицинской сестры КРСБ, затраченному непосредственно на обслуживание одного пациента за 10 дней (табл. 19), к общему времени работы в течение 10 дней.

$$k = \frac{3341,52}{4680} = 0,714$$

Таким образом, плановая функция сестринской должности (Φ) медицинской сестры по реабилитации стомированных больных в год, рассчитанная с учётом данных, полученных в ходе фотохронометражных замеров, составила:

$$\Phi = \frac{106872 \times 0,714}{22,87} = 3336,53 \text{ (3337 посещений в год)}$$

Норма нагрузки (обслуживания) медицинской сестры за рабочий день рассчитывалась путем деления планового годового числа посещений на число рабочих дней в году и составила 13 посещений ($3337 : 249 = 13,4$).

Таким образом, ежедневная норма нагрузки медицинской сестры КРСБ составила 13 посещений в день.

4.1.3. Определение нормативов численности медицинского персонала в кабинете реабилитации стомированных больных.

Нормативы численности (штатные нормативы) – это необходимая численность персонала для выполнения всех возложенных на учреждение (подразделение) функций и определенного объема работы, устанавливаемая по нормативным показателям и их сочетаниям, расчетным величинам.

Основным показателем и измерителем для установления должностей врачебного персонала амбулаторно-поликлинических учреждений является численность населения или его отдельных контингентов, для больничных учреждений – число коек. Однако, учитывая функции КРСБ, предназначенного для оказания помощи как амбулаторным, так и стационарным пациентам; включающие диспансерное наблюдение стомированных больных, целесообразно нормативы численности рассчитывать по количеству пациентов на одну должность.

В 2010 году в КРСБ зарегистрировано 908 пациентов. Число посещений в КРСБ в год устанавливали путем выкопировки необходимых сведений в процессе текущего учета по базе данных КРСБ, в 2010 году оно составило 3814. Таким образом средняя частота посещений в год на одного пациента, наблюдавшегося КРСБ, составила $n = 3814 : 908 = 4,2$.

Затраты времени на одного пациента в год (T) определили по формуле (5):

$$T = T_{cp} \times n \quad (5). \text{ где}$$

T_{cp} - средневзвешенное время на одно посещение медицинской сестры КРСБ в минутах,

n - частота посещений в год на одного пациента.

$$T = 22,87 \text{ мин.} \times 4,2 = 96,05 \text{ мин.}$$

Количество пациентов в год ($N_{\text{паци}}$) на одну должность рассчитывали по формуле (6):

$$N_{\text{паци}} = \frac{B \times k}{T} \quad (6), \text{ где}$$

B – годовой бюджет времени в минутах;

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

Т - затраты времени на одного пациента в год.

Расчет, проведенный по формуле (6), показал, что в год на одну должность медсестры КРСБ приходится:

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

Таким образом, применение изложенных методических приемов к нормированию труда среднего медицинского персонала КРСБ позволяет осуществлять научное обоснование нормативов по труду, провести расчеты численности персонала КРСБ в различных учреждениях здравоохранения в соответствии с конкретными местными условиями, и будет способствовать рациональной организации медико-социальной помощи стомированным пациентам.

4.2 Медико-социальная эффективность организации помощи стомированным пациентам.

4.2.1. Индекс качества жизни стомированных пациентов как критерий эффективности медико-социальной помощи.

Оценка качества жизни предоставляет возможность более точно оценивать изменения и нарушения в состоянии здоровья пациентов, отчетливо представлять суть клинической проблемы, выбирать наиболее рациональный подход к лечению, удовлетворяющий, прежде всего, интересы больного [3,16, 140]. Этот показатель необходимо использовать для динамической оценки качества оказываемой медицинской помощи, изучения влияния осложнений на процесс реабилитации стомированного пациента.

Влияние перистомальных кожных осложнений на качество жизни стомированных пациентов нами изучено у 90 пациентов, оперированных в ГНЦК с октября 2009 г. по май 2010 г. В основную группу №2а без осложнений стомы

вошел 47 пациент: 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 №2б 43 пациентов с перистомальными кожными осложнениями распределение по полу, возрасту, протяженности послеоперационного периода было сходным (табл. 25).

Таблица 25.

Характеристика стомированных пациентов основной группы №2а и контрольной группы №2б

Показатели	Основная группа №2а Без осложнений n=47	Контрольная группа №2б С кожными осложнениями n=43
Мужчины, N (%)	13 (27,7%)	11 (25,6%)
Женщины, N (%)	34 (72,3%)	32(74,4%)
Возраст (годы) \pm SD	49 ± 16	50 ± 15
Колостома N (%)	30 (64,1%)	27 (62,8%)
Илеостома N (%)	17 (35,9%)	16 (37,2%)
Время после операции (месяцы) \pm SD	$2,5 \pm 0,5$	$2,7 \pm 0,6$

Исследование качества жизни стомированных пациентов проводили в сроки от 3 до 6 месяцев после операции с помощью опросника Stoma-QoL "Стома - качество жизни". Анкета разработана и проверена специально для лиц со стомой [129]. Она состоит из 20 вопросов, охватывающих следующие домены: сон, общая деятельность (в том числе по уходу за стомой), отношение к семье и близким друзьям, и социальные отношения к людям, отличным от членов семьи и близких друзей. На все вопросы пациенты давали ответы по четырех-балльной шкале: "всегда" – 1 балл, "иногда"– 2 балла, "редко"– 3 балла и "никогда"– 4 балла. Шкала колеблется от 0 (худший, из возможных, индекс качества жизни) до 80 (наилучший индекс качества жизни).

Для оценки характера, интенсивности и величины поражения кожи вокруг

стомы использовали алгоритм диагностики перистомальных кожных осложнений, DET-шкалу методики Ostomy Skin Tool, цифровую фотографию и измерение площади повреждения кожи при помощи палетки.

Средняя величина показателя состояния перистомальной кожи по DET шкале у больных с осложнениями составила $7,1 \pm 2,5$ баллов (табл. 26). Общий балл варьировал от 0 (для нормальной кожи) до 15 баллов, свидетельствующих о значительных изменениях цвета, эрозирования и изъязвления кожи, или обширной гиперплазии ткани. Состояние перистомальной кожи оценивалось медсестрами во время визита пациента в КРСБ.

Общий балл индекса качества жизни QOL составил $57,8 \pm 9,1$ у стомированных пациентов без осложнений стомы, в то время как в группе больных с перистомальными кожными осложнениями этот показатель был значительно ниже - $41,7 \pm 8,8$ (табл. 26).

Таблица 26.

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	$57,8 \pm 9,1$	$41,7 \pm 8,8$

При сравнительном анализе анкет по качеству жизни выявлено, что в обеих группах наименьшие значения (средний балл) отмечены в вопросах, связанных с использованием калоприемников (вопросы 2, 4, 14) и общим самочувствием (6, 8, 10), а также с влиянием стомы на восприятие образа тела (вопросы 7, 9, 12) (рис. 37, табл. 27).

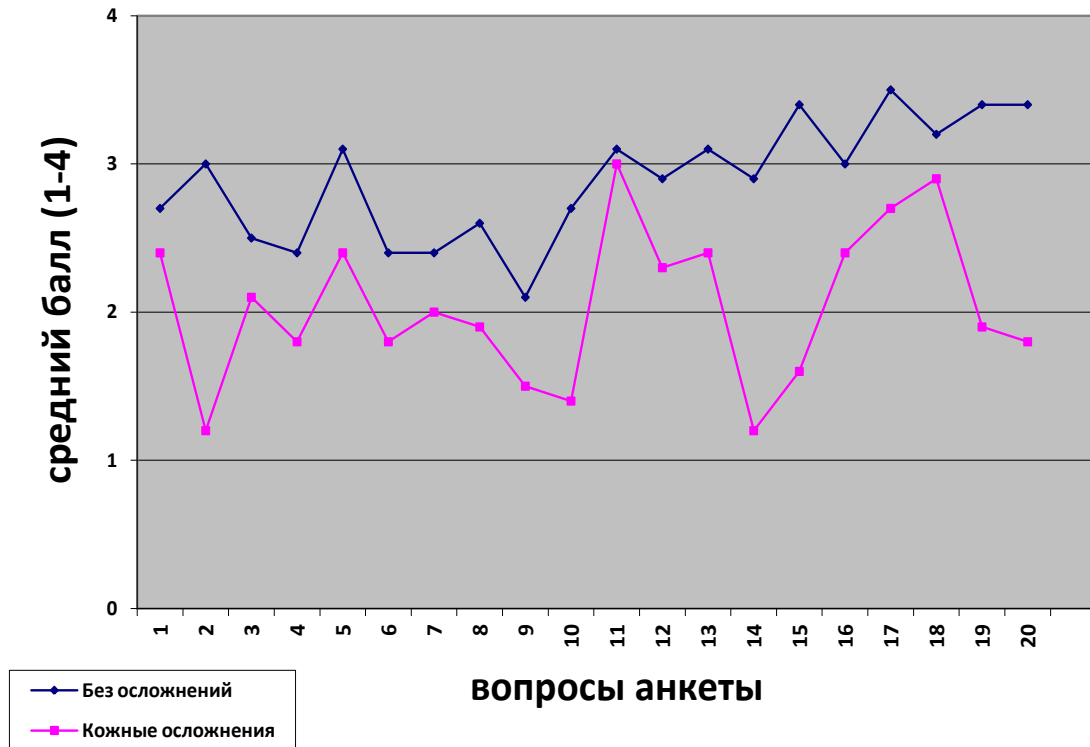


Рисунок 37. Сравнительная оценка (средний балл) при ответах на каждый вопрос анкеты «Стома - качество жизни» у пациентов группы №2а (без осложнений) и группы №2б (с кожными осложнениями).

Выявлено, что у пациентов с кожными осложнениями величина этих показателей достоверно меньше ($p < 0,05$) при ответах на вопросы, связанные с использованием калоприемников (вопросы 2, 4, 14), общим самочувствием (6, 8, 10), социальными отношениями (вопросы 15, 17, 19, 20). Это объясняется тем, что наличие осложнений значительно затрудняет самостоятельный уход за стомой, в связи с чем пациенты испытывают тревогу, страх из-за возможности неадекватного ухода, трудности в социальных отношениях (таблица 27).

Таблица 27.

Средний балл при ответах на вопросы анкеты «Стома- качество жизни» у пациентов группы №2а (без осложнений) и группы №2б (с кожными осложнениями).

Вопросы анкеты	Средний балл в основной группе №2а	Средний балл в контрольной группе №2б	Р
	Без осложнений	С кожными осложнениями	
1. У меня появляется тревога, когда калоприемник наполнен	2,7	2,4	> 0,05
2. Я боюсь, что калоприемник отклеится	3	1,2	< 0,05
3. Мне необходимо знать, где находится ближайший туалет	2,5	2,1	> 0,05
4. Меня волнует, что калоприемник может пахнуть	2,4	1,8	> 0,05
5. Меня беспокоят звуки, издаваемые стомой	3,1	2,9	> 0,05
6. Мне необходим дневной отдых	2,4	2,3	> 0,05
7. Калоприемник ограничивает выбор одежды, которую я могу носить	2,4	2	> 0,05
8. Я чувствую себя уставшим в течение всего дня	2,6	1,9	< 0,05
9. Из-за стомы я чувствую себя сексуально непривлекательным	2,1	1,5	< 0,05
10. Я плохо сплю ночью	2,7	1,4	< 0,05
11. Меня волнует, что калоприемник шуршит	3,1	3	> 0,05
12. Я стесняюсь своего тела из-за стомы	2,9	2,3	> 0,05
13. Мне тяжело ночевать не дома	3,1	2,4	> 0,05
14. Мне трудно скрыть, что я ношу калоприемник	2,9	1,2	< 0,05
15. Меня беспокоит, что мое состояние обременительно для близких	3,4	1,6	< 0,05
16. Я избегаю близких физических контактов с друзьями	3	2,4	> 0,05
17. Стома мешает мне общаться с людьми	3,5	2,7	< 0,05
18. Я боюсь знакомиться с людьми	3,2	2,9	> 0,05
19. Я чувствую себя одиноким даже тогда, когда нахожусь среди людей	3,4	1,9	< 0,05

20. Меня беспокоит, что я доставляю неудобства семье	3,4	1,8	< 0,05
ИТОГО	57,8	41,7	< 0,05

Среди кожных перистомальных осложнений преобладал контактный дерматит – у 38 (88,4%) больных. Только у 4 (9,3%) пациентов, страдающих кожными заболеваниями, развился у 2 - псориаз, у 2 - экзема. У 1 (2,3%) пациента диагностирован аллергический дерматит.

В изучаемой группе стомированных пациентов проанализированы основные факторы, влияющие на возникновение перистомальных кожных осложнений (рис.38).

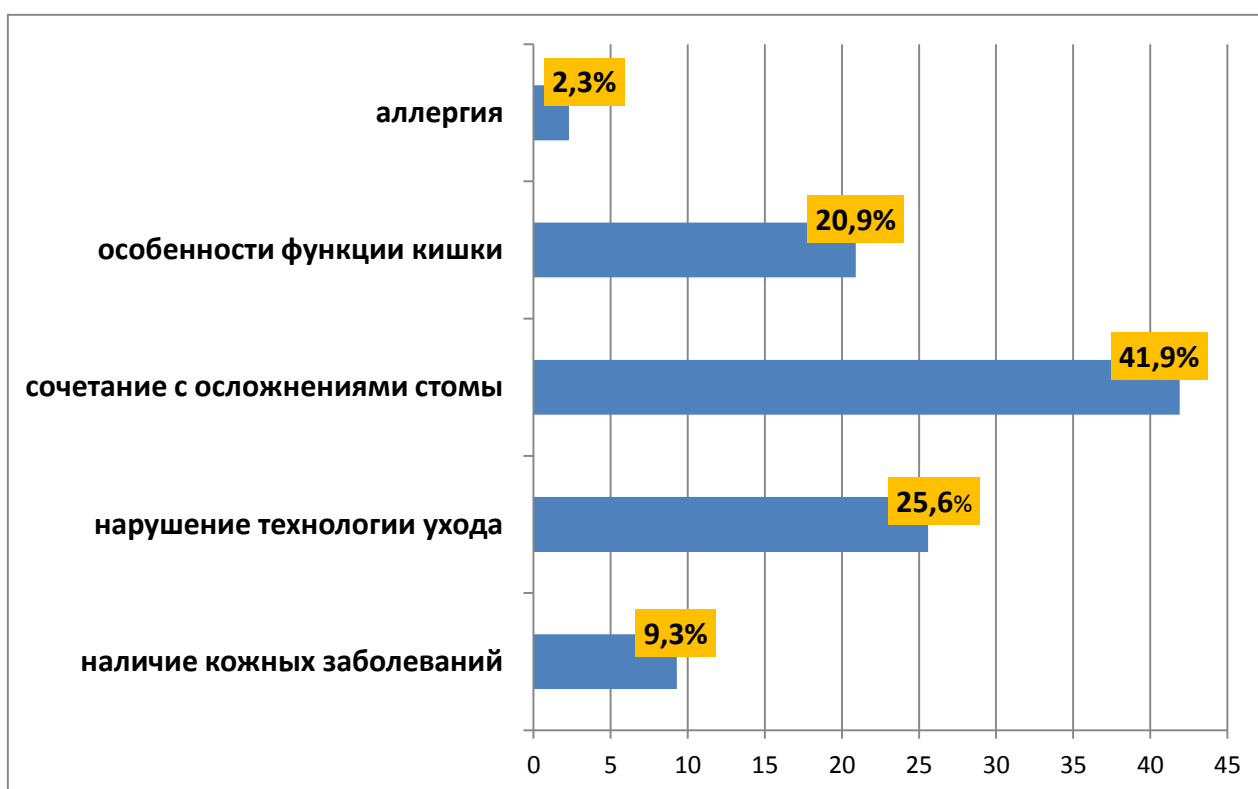


Рисунок 38. Причины перистомальных кожных осложнений в контрольной группе №26.

Наиболее частой причиной перистомальных кожных осложнений, у 18 из 43 (41,9 %) больных, являлось сочетание повреждения кожи с втянутостью стомы или расположение выведенной кишки в складке кожи передней брюшной стенки. Изменение рельефа передней брюшной стенки в области стомы возникло у 8

пациентов вследствие прибавления в весе в послеоперационном периоде. 11 (25,6%) пациентов не соблюдали правила ухода за стомой. У 9 (20,9%) стомированных больных обстоятельством, вызвавшим сильное раздражение перистомальной кожи, была диарея, явившаяся следствием нарушения в диете у 7 пациентов, и из-за антибиотико-ассоциированного колита у 2 пациентов. Только 4 (9,3%) пациента страдали кожными болезнями (псориаз, экзема), что привело к проявлению этих заболеваний в области стомы. У 1 (2,3%) больного причиной осложнения была аллергическая реакция на адгезив пластины, аллергический дерматит.

По тяжести клинических проявлений контактного перистомального дерматита мы выделили 3 степени поражения кожи:

I – эритема, везикулы, II – мацерация, эрозии, III – язвы.

Такая дифференциация обусловлена разной степенью повреждения кожных покровов. А это важно для выбора метода консервативного лечения. Распределение наблюдений при перистомальном дерматите в зависимости от клинического варианта представлено в таблице 28.

Таблица 28.

Распределение наблюдений в зависимости от степени изменения кожных покровов

Степень изменения	Количество наблюдений N (%)	DET (общий балл) ±SD	QOL (общий балл) ±SD	Площадь поражения (см ²) ±SD
I – эритема, мацерация	10 (26,3%)	3,4 ± 1,5	50,2 ± 2,6	47,3 ± 4,1
II – везикула, эрозия	22 (57,9%)	10,4 ± 1,2	36,2 ± 6,1	84,8 ± 12,1
III – язва	6 (15,8%)	7,4 ± 2,1	41,7 ± 3,4	6,0 ± 1,6
итого:	38	7,1 ± 2,7	41,7 ± 8,8	49,3 ± 7,3

Преимущественно поверхностное повреждение кожи отмечено в 10 (26,3%) случаях, более глубокая степень поражения: везикулы, эрозии – 22 (57,9%) и язвы – 6 (15,8%).

Оценка состояния кожи по DET шкале изменялась от $3,4 \pm 1,5$ баллов при первой степени поражения, до $10,4 \pm 1,2$ баллов – при второй, $7,4 \pm 2,1$ баллов – при язве.

Величина индекса "Качества жизни" зависела от степени повреждения кожных покровов и площади поражения. Незначительные изменения перистомальной кожи (эритема, мацерация) уменьшали этот показатель до $50,2 \pm 2,6$ баллов, однако разница, по сравнению с группой пациентов без осложнений – $57,8 \pm 9,1$, была статистически недостоверна ($> 0,05$). У пациентов с обширным по площади и более выраженным повреждением кожи перистомальной области (эрозия), индекс значительно снижался, до $36,2 \pm 6,1$ баллов, что объясняется значительным ухудшением возможностей ухода за стомой из-за нарушения приклеивания пластины калоприемника. Несмотря на глубину поражения кожи при язве, изменение величины индекса "Качества жизни" было менее значительным, до $41,7 \pm 3,4$ баллов. Это объясняется тем, что небольшая площадь повреждения кожи в меньшей степени влияла на нарушение герметичности средств ухода за стомой (табл. 28).

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.

4.2.2 Оценка удовлетворенности пациентов качеством оказания медицинской помощи – инструмент для оптимизации службы помощи стомированным пациентам.

Удовлетворенность пациента - мнение пациента об оказанной медицинской помощи. Для определения удовлетворенности пациентами заполнялись анкеты, ими давалась балльная оценка услуг, полученных от медицинской организации, врача или другого лица, оказывающего медицинскую помощь. Оценка

удовлетворенности пациентов качеством медицинских услуг путем анкетирования является обобщением субъективного мнения каждого больного.

Для изучения удовлетворенности стомированных пациентов качеством оказания специализированной медицинской помощи было сформировано 2 группы больных, наблюдавшихся в КРСБ ФГБУ «ГНЦ колопроктологии» МЗ РФ в период с января 2010 г. по декабрь 2010 г. включительно. В основную группу №3а вошли 42 больных, оперированных в ГНЦ Колопроктологии. Контрольную группу №3б составили 27 пациентов, оперированных в других лечебных учреждениях, не имеющих специализированной помощи стомированным больным. Анкетирование пациентов проводилось анонимно. Критериями включения в исследование было наличие постоянной кишечной стомы и отсутствие осложнений.

Средний возраст составил $59,7 \pm 16,5$ лет в основной группе № 3а, $58,3 \pm 15,9$ – в контрольной № 3б. Среди пациентов, оперированных в ГНЦК, мужчин было 19 (45,7%), женщин – 23 (54,3%). В группе сравнения распределение по полу было сходным: (49,4%) мужчин и (50,6%) женщин.

В основной группе № 3а у 24 (57,1%) стомированных больных имелась колостома, у 18 (42,9%) - илеостома. Похожее соотношение по видам стом было и в контрольной группе № 3б пациентов: 16 (59,3%) - колостомы и 11 (40,7%) - илеостомы (табл. 29).

Таблица 29.

Характеристика основной группы №3а и контрольной группы №3б
стомированных пациентов

Показатели	Основная группа №3а $n_1=42$	Контрольная группа №3б $n_2=27$
Мужчины, N (%)	19 (45,7)	12 (44,4)
Женщины, N (%)	23 (54,3)	15 (55,6)
Возраст \pm SD (лет)	$59,7 \pm 16,5$	$58,3 \pm 15,9$

Колостома, N (%)	24 (57,1)	16 (59,3)
Илеостома, N (%)	18 (42,9)	11 (40,7)
Время после операции (месяцы) \pm SD	3,5 \pm 0,5	3,7 \pm 0,5

Таким образом, обе группы были сопоставимы по полу, возрасту, виду стомы и продолжительности периода времени после операции.

Для оценки качества жизни стомированных пациентов использовали методику Stoma-QOL "Стома - качество жизни".

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 медицинской организации, где проводилась операция с формированием стомы. Оценивались удовлетворенность профессиональным уровнем работы врачей и медсестер, их отношением к пациенту, материально-техническим оснащением и организацией помощи стомированным пациентам, объемом помощи, оказанной в медицинской организации.

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

При анализе анкет выявлено, что удовлетворенность была 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 удовлетворенности стомированных пациентов оказанной медицинской помощью средний общий балл в группе №3а составил $33,9 \pm 1,43$, в группе №3б – всего $20,4 \pm 2,6$, ($p < 0,05$) и коррелировал с индексом качества жизни (табл. 30).

Общий балл QOL (индекса качества жизни) в группе пациентов №3а,

оперированных в ГНЦК, составил $62,9 \pm 4,6$ и превышал этот показатель у пациентов группы №3б, оперированных в других учреждениях - $47,4 \pm 3,9$, $p < 0,05$.

Таблица 30.

Сравнительная оценка 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) \pm SD	$62,9 \pm 4,6$	$47,4 \pm 3,9^*$
* $p < 0,05$		

При оценке качества медико-социальной помощи стомированным пациентам использовали анкету, специально разработанную для изучения специфических аспектов организации ухода за стомой. Она включала 13 вопросов, сгруппированных по основным трем направлениям - блокам:

- информация и поддержка (8 вопросов: 1,4,6-10,13),
- медицинская помощь (2 вопроса: 11,12),
- взаимодействие пациента и медицинского работника (3 вопроса: 2,3,5).

Применялась четырех-балльная шкала, чтобы оценить воспринятую действительность («Я получил...») и субъективную значимость («Насколько важно для меня получить ...») разных видов помощи стомированным пациентам.

При анализе показателей качества реабилитационной помощи стомированным пациентам с помощью разработанной анкеты для удобства и наглядности рассчитывали интегральный показатель (K_k – коэффициент качества). Этот показатель рассчитывался как среднее арифметическое от показателей оценки по блокам.

При оценке качества проведения реабилитационных мероприятий пациенты группы №3а были удовлетворены большинством аспектов полученной помощи, средний балл составил $3,6 \pm 0,4$. В группе №3б этот показатель значительно ниже – $2,2 \pm 0,4$ балла, ($p < 0,05$) (табл. 31).

Таблица 31.

Результаты оценки качества полученной медико-социальной помощи стомированным пациентам в группах №3а и №3б

Показатель восприятия фактической помощи	Оценка в баллах	
	Основная группа №3а $n_1=42$	Контрольная группа №3б $n_2=27$
Информация и поддержка	$3,8 \pm 0,5$	$1,8 \pm 0,7^*$
Медицинская помощь	$3,7 \pm 0,4$	$2,8 \pm 0,5^*$
Взаимодействие с медицинским работником	$3,2 \pm 1,1$	$1,9 \pm 0,3^*$
K_k – коэффициент качества	$3,6 \pm 0,4$	$2,2 \pm 0,4^*$
* $p < 0,05$		

Было установлено, что пациенты, оперированные в ГНЦК, высоко оценили получение информации по уходу за стомой до и после операции ($3,8 \pm 0,5$), оказанную медицинскую помощь ($3,7 \pm 0,4$), а также взаимодействие с медсестрой при обучении ($3,2 \pm 1,1$). У стомированных пациентов из медицинских

организаций, не имеющих специализированной помощи, показатели были значительно ниже, особенно в блоках информации и взаимодействия с медицинским работником. Важно отметить что информация, позитивный отклик и поддержка со стороны медсестры помогает развить стомированному пациенту уверенность в себе, и таким образом, положительно влияет на качество жизни и удовлетворенность оказанной помощью.

При анализе анкет по оценке субъективной значимости мероприятий по уходу за стомой разница между показателями в обеих группах была невелика, коэффициент качества составил $3,3 \pm 0,5$ у пациентов, оперированных в ГНЦК, и $3,4 \pm 0,5$ у пациентов, оперированных в других лечебных учреждениях, ($p > 0,05$) (табл. 32).

Таблица 32.

Результаты оценки качества ожидаемой медико-социальной помощи стомированным пациентам в группах №3а и №3б

Показатель субъективной значимости	Оценка в баллах	
	Основная группа №3а $n_1=42$	Контрольная группа №3б $n_2=27$
Информация и поддержка	$3,7 \pm 0,3$	$3,9 \pm 0,1$
Медицинская помощь	$3,2 \pm 0,5$	$3,7 \pm 0,2$
Взаимодействие с медицинским работником	$3,0 \pm 0,9$	$2,8 \pm 0,3$
K_k – коэффициент качества	$3,3 \pm 0,5$	$3,4 \pm 0,5^*$
* $p > 0,05$		

В обеих группах пациентов получение полноценной информации относительно ухода за стомой было определено как самый важный индикатор качества помощи после формирования стомы.

При анализе анкет выявлено, что пациенты часто ожидают больше информации о вопросах секса и психологической поддержки при взаимодействии с медицинскими работниками. Самообслуживание в результате своевременного обучения является важным фактором удовлетворенности оказываемой помощью в

обеих группах, так же, как и участие в определении места расположения стомы.

На основании проведенного исследования мы пришли к следующему заключению:

- Анкета оценки удовлетворенности пациентов качеством медико-социальной помощи позволяет анализировать не только медико-социологические характеристики респондентов, но и различные компоненты качества медицинской помощи стомированным пациентам, что необходимо для управления процессом оказания помощи.
- Оценка удовлетворенности пациентов качеством медицинских услуг путем анкетирования может служить достаточно объективной информацией в комплексной оценке качества медицинской помощи по реабилитации стомированных пациентов.
- Наличие специализированной помощи значительно повышает качество медицинских услуг и качество жизни стомированных пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на значительные достижения в хирургии, лечение многих заболеваний толстой кишки сопровождается формированием стомы. Наличие кишечной стомы оказывает огромное физическое, психологическое и социальное воздействие на пациента [35, 61,133,146].

Стомированные пациенты нуждаются в комплексной медико-социальной реабилитации [9, 19, 35]. Для обеспечения эффективного реабилитационного процесса требуется:

- наличие квалифицированных специалистов, имеющих навыки и опыт работы по уходу за пациентами со стомой [57, 75, 77, 138];
- стандартизация методов медицинской реабилитации стомированных больных [56, 72, 92, 134, 151];
- координация взаимодействия всех участников комплексного реабилитационного процесса [9, 18, 82].

Однако, вопросам, посвященным организации помощи пациентам с кишечной стомой, в настоящее время не уделяется должного внимания как в зарубежной, так и в отечественной литературе. Немногочисленные научные исследования отечественных [15, 18,] и зарубежных авторов [54, 69, 82] касаются, в основном, оказания стоматерапевтической помощи в целом. В них не отражена структура первичного звена в оказании реабилитационной помощи стомированным пациентам, нет данных по организации деятельности и расчетов нагрузки для специалистов по уходу за стомой, отсутствуют комплексные критерии эффективности медико-социальной помощи стомированным пациентам.

Таким образом, неудовлетворенность в полноценной организации медицинской реабилитации больных с кишечной стомой стала поводом для поиска новых, научно обоснованных подходов к разрешению этой проблемы, потребовала создания универсальной и легко воспроизводимой модели организации помощи этому контингенту пациентов.

В этой связи актуальными представляются результаты настоящего исследования, основанного на анализе эффективности реабилитационных

мероприятий 1524 пациентов с кишечными стомами, наблюдавшихся в кабинете реабилитации стомированных больных (КРСБ) ФГБУ «ГНЦ колопроктологии» Минздрава России за период с 2005 по 2010 г.г.

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.

Следует заметить, что мультидисциплинарное направление лечебно-диагностической и реабилитационной деятельности КРСБ, как раз и затрудняет определение его профиля и места в установленной в настоящее время номенклатуре медицинских специальностей и медицинских учреждений.

Опыт организационной работы КРСБ ФГБУ «ГНЦ колопроктологии» Минздрава России был учтен при подготовке приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ №206-н от 2 апреля 2010 г. «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности колопроктологического профиля» [26], в котором впервые было утверждено положение о кабинете реабилитации стомированных больных (КРСБ).

С целью 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, мы указали степень убедительности на основании доказательств (рекомендаций), научных публикаций и действующих нормативных документов. Для пациентов с осложнениями кишечных стом в протоколы включали специально разработанные алгоритмы диагностики и выбора способа лечения.

Наличие большого числа и разнообразия осложнений 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, специфические поражения (грибковый дерматит, псориаз и др.).

В основу диагностического алгоритма нами положены ключевые симптомы осложнений стомы и перистомальных кожных осложнений, 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.

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 у 89 больных с осложнениями кишечной стомы мы использовали соответствующий алгоритм.

На хирургическое лечение было направлено 32 (31,8%) пациента, из них – 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%).

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 по рекомендации и 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, включившей 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., у которых проведен ретроспективный анализ эффективности реабилитационных мероприятий.

Сравнительный анализ больных не выявил различий в основной группе №1а и в контрольной №1б по возрасту ($59,7 \pm 16,5$ лет и $58,3 \pm 15,9$ лет), по полу: мужчин (49,4% и 45,7%) и женщин (50,6% и 54,1%), по частоте формирования временной (54,1% и 53,9%) и постоянной (45,9% и 46,9%) стомы.

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% ($p < 0,05$).

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

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%. 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.

Анализируя характер осложнений собственно стомы, мы установили, что у пациентов основной группы №1а существенно реже, по сравнению с контрольной группой №1б, отмечено возникновение осложнений воспалительного характера, нагноения в области стомы (2,2% и 6,0% соответственно, $p < 0,05$). Остальные осложнения стомы, возникающие как в раннем (некроз, кровотечение, ретракция кишки), так и в позднем послеоперационном периоде (парастомальная грыжа, втянутость стомы, стриктура, пролапс, свищи, гипергрануляции), встречались примерно с одинаковой частотой.

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 ($p < 0,05$). Наиболее часто встречался контактный перистомальный дерматит, в группе №1а - 9,8 %, в группе №1б - 19,3%.

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,
- особенности расположения стомы на передней брюшной стенке,
- сочетание повреждения перистомальной кожи с осложнениями стомы, которые способствовали затруднению или невозможности ухода за стомой, что и приводило к возникновению перистомального дерматита,
- индивидуальные особенности кожи пациента (повышенная чувствительность к механическому или химическому воздействию, наличие кожных заболеваний).

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% ($p < 0,05$). Особенно 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 стомой.

Необходимым условием для проведения успешной реабилитации стомированных пациентов является наличие специально обученных медицинских работников, четкой регламентации 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 31,4%. 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. Среднее расчетное время на одно посещение медицинской сестры КРСБ составило 22,87 мин.

Полученные нормативы времени позволили рассчитать нормы нагрузки медицинского персонала в кабинете реабилитации стомированных больных.

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. Ежедневная норма нагрузки медицинской сестры КРСБ - 13 посещений в день.

Нормативы численности рассчитывали по количеству пациентов на одну должность, так как особенностью КРСБ является оказание помощи как амбулаторным, так и стационарным пациентам; включая диспансерное наблюдение стомированных больных. На основании научно обоснованных расчетов планируемая потребность в специалистах по реабилитации стомированных пациентов составила одна должность медицинской сестры КРСБ на 790 пациентов в год.

Исследование качества жизни пациентов позволяет оценить эффективность профилактических, лечебных и реабилитационных программ, разработать обоснованные рекомендации по совершенствованию системы реабилитационной помощи [22, 23, 31, 144].

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 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.

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.

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.

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 основной группе №3а у 24 (57,1%) стомированных больных была сформирована колостома, у 18 (42,9%) пациентов - илеостома.

Похожее соотношение по типам стом было и во второй группе пациентов, колостом - 16 (59,3%) и илеостом - 11 (40,7%). Критериями включения в группы №3а и №3б было наличие постоянной кишечной стомы и отсутствие осложнений.

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

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 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.

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

При оценке качества медицинской помощи пациенты, оперированные в ГНЦК, группы №3а были удовлетворены большинством аспектов полученной помощи, средний балл составил $3,6 \pm 0,4$. В группе пациентов, оперированных в учреждениях, не имевших специализированной помощи, №3б 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.

Таким образом, в настоящее время в России сложились основания не только для создания, но и для дальнейшего развития и совершенствования системы реабилитационной помощи стомированным пациентам. Для этого необходимо решить комплекс проблем, которые заключаются в разработке и реализации ряда научно-методологических, образовательных и организационных задач.

Первостепенной задачей реализации медико-социальной реабилитации стомированных пациентов является интеграция структурно-функциональной модели первичного звена в организации помощи этому контингенту, КРСБ, в существующую систему здравоохранения.

Специализированная помощь по реабилитации стомированных пациентов

на федеральном уровне находится еще в стадии становления, в настоящее время не существует единого положения об оказании помощи стомированным пациентам, отсутствует утвержденная форма отчетности о создании и работе кабинетов реабилитации на базе лечебно-профилактических учреждений.

Основные проблемы, решение которых необходимо для последующего развития помощи стомированным пациентам, заключаются в следующем:

1. Организация системы реабилитационной помощи стомированным пациентам, включающей различные типы взаимосвязанных структурно-функциональных подразделений: КРСБ на базе специализированных (колопроктологических, онкологических) хирургических клиник, региональные центры реабилитации стомированных больных.
2. Формирование системы обучения врачей и среднего медперсонала по реабилитации стомированных пациентов, последипломной подготовки специалистов соответствующего профиля.
3. Создание системы стандартизации по оказанию медицинской помощи пациентам с кишечной стомой.

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 стом, 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 ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бахтина И.С. Научное обоснование внедрения инновационных технологий организации работы среднего медицинского персонала в многопрофильном стационаре. Дис... канд. мед. наук. – СПб., 2009.– 296с.
2. Вардосанидзе С.Л. Теоретические и прикладные аспекты управления качеством лечебно-диагностического процесса в многопрофильном стационаре // Дис... канд. мед. наук. – М., – 2002.– 243с.
3. Ветшев П.С., Крылов Н.Н., Шпаченко Ф.А. Изучение качества жизни пациентов после хирургического лечения. // Хирургия. – 2000. – №1. – С.64-67.
4. Воробей А.В. Реабилитация больных с энтеростомами // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. -1998. Т. 8. № 3. –С. 68-75.
5. Воробей А.В., Щепковски М. Местные осложнения постоянных энтеро- и колостом, их профилактика и лечение // Новости хирургии (Витебск). – 1996.- № 1. – С. 13-17.
6. Воробьев Г.И., Саламов К.Н., Минц Я.В., Вышегородцев Д.В. Восстановление естественного кишечного пассажа после операции Гартмана // Хирургия. – 1991. – №5. – С. 45-50.
7. Воробьев Г.И., Царьков П.В. Основы хирургии кишечных стом. М.: Стольный град, 2002.– 160с.
8. Воробьев Г.И., Царьков П.В., Одарюк Т.С. Служба ухода за стомами в России: (История и современное состояние) // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1998. Т. 8. № 2. – С. 66-68.
9. 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.
10. Герасименко В.Н., Артюшенко Ю.В., Амирсаланов А.Т. Реабилитация онкологических больных. М.: Медицина, 1988, С.122.

11. Дорничев В.М., Постоловский В.Г., Постоловская Л.Н. Реабилитация в здравоохранении. // Мир Медицины. – 2001. – № 11-12. – С.15-19.
12. Ем А.Е. Превентивные кишечные стомы при сфинктеросохраняющих операциях по поводу рака прямой кишки. Дис... канд. мед. наук – СПб., 2008.– 119с.
13. Кабушка Я.С., Поляков И.В., Лапотников В.А., Зеленская Т.М. Актуальные вопросы организации работы медицинских сестёр в больнице в современных условиях // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – М.: Медицина. – 1999. – № 4. – С.39-44.
14. Калашникова И.А., Ачкасов С.И. Алгоритм диагностики и лечения осложнений кишечной стомы. // Колопроктология. – 2009. – №3 (29). – С. 8 – 14.
15. Касихина Н.М. Медико-социальные аспекты комплексной реабилитации стомированных больных. Дис... канд. мед. наук - М., 2004.– 250с.
16. Клименко В.А., Яргуни С.А. Оценка качества жизни после хирургического вмешательства с формированием колостомы и восстановлением непрерывности пищеварительного тракта // Материалы Девятой Российской Гастроэнтерологической Недели. – М.: 2003. - С.60.
17. Лукьянова И.Е. Научное обоснование современной реабилитационной помощи лицам с ограничениями жизнедеятельности. Дис... д-ра мед. наук. – М. – 2009.– 318с.
18. Манихас Г.М. Амбулаторно-стационарная реабилитация больных с колостомой. Дис... д-ра мед. наук. – М., – 2006. – 215 с.
19. Манихас Г.М. Система комплексной реабилитации стомированных людей в Санкт-Петербурге // Материалы семинара «Комплексная реабилитация стомированных больных». - СПб.: 1997. – С.11-19.
20. Манихас Г.М., Оршанский Р. Н., Фридман М.Х. Основы стоматерапии. СПб.: «Петрополис», 2000.– 192с.
21. Михайлова Е.В., Петров В.П., Переходов С.Н. Кишечные стомы: правила формирования, осложнения и болезни кишечных стом. М.: Наука, 2006.- 105с.

22. Михновская Н.Д., Манихас Г.М. Оценка эффективности службы хоспис // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2002. – №2-3. – С.12.
23. Новик А.А., Ионова Т.И., Шевченко Ю.Л. (ред.) Руководство по исследованию качества жизни в медицине. Олма Медиа Групп, 2007 г.– 320с.
24. «О введении в действие отраслевого стандарта "Система стандартизации в здравоохранении. Основные положения" (ОСТ 91500.01.0007-2001). Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04 июня 2001г. N 181.
25. «О Методических рекомендациях по изучению затрат рабочего времени сестринского персонала лечебно-профилактических учреждений». Письмо Минздрава РФ от 02.12.2002 N 15-12/719.
26. «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности колопроктологического профиля». Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 2 апреля 2010 г. N 206н.
27. «Об утверждении классификации технических средств реабилитации (изделий) в рамках Федерального перечня реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, утвержденное распоряжением правительства Российской Федерации от 30 декабря 2005 г. №2347-Р». Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 24 мая 2013 г. N 214н.
28. Олейников П.Н., Александров К.Р., Яковлев С.И., Безруков В.К., Шокиров Ф.Т., Умаров Ю.У. Воспалительные осложнения кишечных стом. Инфекции в хирургии. Том 6. Приложение 1. 2008. – С.49-50.
29. Перфильева Г.М. Сестринское дело в России (социально-гигиенический анализ и прогноз). Дис... д-ра мед. наук. - М., 1995.– 286с.
30. Плутницкий А.Н. Сравнительная оценка эффективности технологий оказания медицинской помощи. Дис... канд. мед. наук.- М., 2007.– 147с.
31. Помазкин В. И. Влияние возраста на качество жизни пациентов с кишечными стомами. // Успехи геронтологии. – 2009. – Т.22, №2, – С. 322-325.

32. Программа ВОЗ «SINDI». М., 2001. – С. 340 .
33. Ряхимов Ю.И. Совершенствование регламентации труда медицинского персонала учреждений здравоохранения. Дис... канд. мед. наук. М., 2009.- 187с.
34. Сотников Д. Н., Абраамян Б. А., Курилов В. П. Послеоперационные гнойные осложнения у колостомированных больных при толстокишечной непроходимости опухолевого генеза. // Хирургия. – 2009 (6). – С. 44-49.
35. Суханов В.Г. Социальная реабилитация пациентов со стомой. М.: Наука, 2006.- 183с.
36. Стойко Ю.М., Манихас Г.М., Ханевич М.Д., Коновалов С.В. Профилактика и лечение осложнений колостом. Спб.: Аграф + , 2008. –С. 16-17, 40.
37. Тахтарова Ю.Н. Совершенствование организации деятельности среднего медицинского персонала (структурно - функциональный аспект). Дис... канд. мед. наук.- М., 2007.–175 с.
38. Тахтарова Ю.Н., Абрамов А.Ю., Сасина М.С. Научное обоснование профессиональных и организационных форм деятельности среднего медицинского персонала // Экономика здравоохранения. – 2007. - № 10. – С. 41-45.
39. Чернышов С. В. Выбор вида превентивной кишечной стомы. Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2007.– 124с.
40. Щепин О. П., Линденбратен А.Л., Шипова В.М. , В.В. Ковалева В.В., Гришина Н.К., Филиппова В.И., Головина С.М., Козаченко О.А., Соловьева Н.Б. «Разработка технологии нормирования труда в здравоохранении», Методические рекомендации, утвержденные Минздравсоцразвития России 20.12.2007 № 250-ПД/704.
41. Щербаков И.Е. Пути оптимизации обследования и лечения больных, перенесших формирование колостомы, в провинциальных муниципальных учреждениях здравоохранения по поводу опухоли толстой кишки. Дис... канд. мед. наук. – СПб., – 2007.– 281с.
42. Шикина И.Б., Сорокина Н.В., Вардосанидзе С.Л., Лихота А.И.

- Удовлетворенность пациентов как критерий оценки качества медицинской помощи в многопрофильном стационаре // Проблемы управления здравоохранением. – 2006. – № 5 (30). – С. 22–26.
43. Шипова В.М. Организация нормирования труда в здравоохранении / Под ред. акад. РАМН О.П. Щепина. М.: Грантъ, 2002.- 624с.
44. Шипова В.М., Гайдаров Г.М., Плутницкая Г.Н. Современные проблемы планирования и штатного обеспечения амбулаторно-поликлинической помощи населению / Под ред. академика РАМН О.П. Щепина. Иркутск: НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН, 2009.- 146с.
45. Шляфер С.И., Камынина Н.Н., Гажева А.В., Турчиев А.Г., Тимофеева Е.И. Деятельность среднего медицинского персонала в Российской Федерации. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/170/30/> (дата обращения: 02.04.2010 г.)
46. Access to Ostomy Supplies and Innovation: Guiding Principles for European Payers. URL: <http://www.eucomed.be/uploads/Modules/Publications/ostomy-background-paper.pdf> (дата обращения: 20.09.2012)
47. Alvey B., Beck D.E. Peristomal dermatology. // Clin Colon Rectal Surg. – 2008. – V.2. – N.1. – P.41–44.
48. Andersen B.D., van Keizerswaard P., Castro M.M., English E., Carter D. Introduction to the DialogueStudy: methods and baseline demographic findings. // Gastrointestinal Nursing. – 2011. – V.9. – P.4–8.
49. Arias-Alvarez M.E., Fernández-García M.A., González-Buenadicha A.M., Nadal-Pérez de Colosia M., Pastor-Juan C, Payeras-Gelabert M., Pérez-Salazar I., Real-Romaguera A., Rivas-Marín C., Ruiz-Fernández M.D., Sánchez-Crisol I., Sánchez de la Blanca-Martín M.I., Espirac B., García-Alamino J.M., Perulero N.; Grupo de Diseño, Desarrollo e Implementación del Estudio Espejo (Grupo Estudio Espejo). Development and validation of a new questionnaire to assess health care satisfaction and the device in stomized patients: espejo questionnaire. // Rev. Enferm. – 2010. – V.33. – N.5. – P.8-17.
50. Arumugam P.J., Bevan L., Macdonald L., et al. A prospective audit of stomas -

- analysis of risk factors and complications and their management. // *Colorectal Dis.* – 2003. – V.5. – N.1. – P.49–52.
51. Barr J.E. Assessment and management of stomal complications: a framework for clinical decision making. // *Ostomy Wound Manage.* – 2004. – V.50. – N.9. – P.50–56.
52. Bass E.M., Del Pino A., Tan A., Pearl R.K., Orsay C.P., Abcarian H. Does preoperative stoma marking and education by the enterostomal therapist affect outcome? // *Dis. Colon Rectum.* – 1997. – V.40. – N.4. – P.440-2.
53. Baxter A. and Salter M. Stoma care nursing. // *Nursing Standard.* – 2000. – P.14, 59
54. Beitz J., Gerlach M., Ginsburg P., Ho M., McCann E., Schafer V., Scott V., Stallings B., Turnbull G. Content validation of a standardized algorithm for ostomy care. // *Ostomy Wound Manage.* – 2010. – V.56. – P.22-38.
55. Black P. K. Psychological, sexual and cultural issues for patients with a stoma. // *British Journal of Nursing.* – 2004. – V.13. – N.12. – P.692.
56. Black P. Practical Stoma Care. // *Nursing Standard.* – 2000. – V.4. – N.4 – P.47-53.
57. Boarini J., Colwell J., Mc Nichol L. et al. Roles of the ostomy nurse specialist: historical perspective, role potential. In: Colwell J., Goldberg M., and Carmel J., eds. *Fecal and Urinary Diversions: Management Principles.* // St. Louis: Mosby. – 2004.
58. Borwell B. Rehabilitation and stoma care: addressing the psychological needs. // *Br. J. Nurs.* – 2009. – V.18. – N.4. – P.20-2, P.24-5.
59. Bosio G., Pisani F., Lucibello L., et al. A proposal for classifying peristomal skin disorders: results of a multicenter observational study. // *Ostomy Wound Manage.* – 2007. – V.53. – N.9. – P.38–43.
60. Breckman B. *Stoma Care and Rehabilitation.* Edinburgh, UK: Elsevier Chrchill Livingstone, 2005. P. 280–290.
61. Brown H., Randle J. Living with a stoma: a review of the literature. // *Journal of Clinical Nursing.* – 2005. – V.14. – P.74–81.
62. Burch J. Exploring the conditions leading to stoma-forming surgery. // *British Journal of Nursing.* – 2005. – V.14. – N.2. – P.94-8.

63. Burch J., Sica J. Common peristomal skin problems and potential treatment options. // *British Journal of Nursing*. – 2008. – V.17. – N.17. – P.4-11.
64. Burnyóczki E. Update on stoma therapy in Hungary. // *Helios*. – 2006. – V.13. – P. 11-16.
65. Butler DL. Early postoperative complications following ostomy surgery: a review. // *J. WOCN*. – 2009. – V.36. – N.5. – P.513–519.
66. Caricato M., Ausania F., Ripetti V., Bartolozzi F., Campoli G., Coppola R. Retrospective analysis of long-term defunctioning stoma complications after colorectal surgery. // *Colorectal Dis*. – 2007. – V.9. – N.6. – P.559-561.
67. Cesaretti I.U., Santos V.L., Vianna L.A. Quality of life of the colostomized person with or without use of methods of bowel control. // *Rev. Bras. Enferm*. – 2010. – V.63. – N. – P.16-21.
68. Chaudhri S., Brown L., Hassan I., Horgan A.F. Preoperative intensive, community-based vs. traditional stoma education: a randomized, controlled trial. // *Dis. Colon Rectum*. – 2005. – V.48. – N.3. – P.504-9.
69. Colton B., Mc Kenzie F., Sheldon J., Smith A., Tappe A.T., Woolley D. Global stoma care challenges: a united approach. // *World Council Enterostomal Therap. J*. – 2005. – V.25. – P.15-21.
70. Colwell J. C., Beitz J. Survey of wound ostomy and continence (WOC) nurse clinicians on stomal and peristomal complications: A content validation study. // *J. of Wound Ostomy Continence Nurs*. – 2007. – V.34. – N.1. – P.57-69.
71. Colwell J.C., Goldberg M., Carmel J. The state of the standard diversion. // *J. Wound Ostomy Continence Nurs*. – 2001. – V.28. – N.1. – P.6–17.
72. Colwell J., Goldberg M., & Carmel J. *Fecal and urinary diversions: Management principles*. St. Louis, MO: Mosby, 2004.
73. Cottam J. Audit of stoma complications within three weeks of surgery. // *Gastrointest Nurs*. – 2005. – V.3. – N.1. – P.19–23.
74. Deitz D., Gate J. Basic ostomy management. // *Wound Skin Care*. – 2010. – V.20. – N.2. – P.61–62.
75. D'E Stevens P.J. *Development of Enterostomal Therapy as an International*

- Nursing Specialty. In: Enterostomal Therapy Nursing: Growth and Evolution of a Nursing Specialty Worldwide: A festschrift for Norma N. Gill-Thompson / edited by Erwin-Toth P., Krasner D. Cambridge: Cambridge publishing, 2012. – P.75-81.
76. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care // *Milbank. Mem. Fund.* – 1996. – V.44. – P.153–166.
77. Doughty D. Role of the enterostomal therapy nurse in ostomy patient rehabilitation // *Cancer* – 1992. – V.1; 70. – N.5. – P.961-966.
78. Doughty D. History of Ostomy Surgery. // *J. Wound Ostomy Continence Nurs.* – 2008. – V.35. – N.1. – P.34-38.
79. Erwin-Toth P., Stricker L.J., van Rijswijk L. Wound Wise: Peristomal skin complications. // *American Journal of Nursing.* – 2010. – V.110. – N.2. – P.43–48.
80. Erwin-Toth P., Thompson S.J., Davis J.S. Factors Impacting the Quality of Life of People With an Ostomy in North America. Results from the Dialogue Study. // *J. Wound Ostomy Continence Nurs.* – 2012. – V.39. – N.4. – P.417- 422.
81. Fazio V. Current trends in ostomy surgery. In: Enterostomal Therapy Nursing: Growth and Evolution of a Nursing Specialty Worldwide: A festschrift for Norma N. Gill-Thompson/ edited by Erwin-Toth P., Krasner D. Cambridge: Cambridge publishing, – 2012. – P.110-116.
82. Fliescher I., Bryant D. Prescription for excellence: an ostomy clinic. // *Ostomy Wound Manage.* – 2005. – V.51. – N. 9. – P.32-8.
83. Garcia-Botello S.A., Garcia-Armengol J., Garcia-Granero E., et al. A prospective audit of the complications of loop ileostomy construction and take down. // *Dig. Surg.* – 2004. – V.21. – N.5. – P.440–446.
84. Gooszen A.W., Geelkerken R.H., Hermans J., Lagaay M.B., Gooszen H.G. Temporary decompression after colorectal surgery: randomised comparison of loop ileostomy and loop colostomy. // *Br. J. Surg.* – 1998. – V.85. – P.76-79.
85. Gooszen A. W., Geelkerken R. H., Hermans J., Lagaay M. B., & Gooszen H. G. Quality of life with a temporary stoma: Ileostomy vs. colostomy. // *Dis. Colon and Rectum.* – 2000. V.43. – N. 5. – P.650-655.
86. Grant M., Ferrell B., Dean G., Uman G., Che D., Krouse R. Revision and

- psychometric testing of the City of Hope Quality of Life-Ostomy Questionnaire. // Qual. Life Res. – 2004. – V.13. – N.8. – P.1445-57.
87. Grant M., McMullen C.K., Altschuler A., Hornbrook M.C., Herrinton L.J., Wendel C.S., Baldwin C.M., Krouse RS. Irrigation practices in long-term survivors of colorectal cancer with colostomies. //Clin. J. Oncol. Nurs. – 2012. – V.16. – N.5. – P.514-9.
88. Harris D.A., Egbeare D., Jones S., Benjamin H., Woodward A., Foster M.E. Complications and mortality following stoma formation. //Ann. R. Coll. Surg. Engl. – 2005. – V.87. – N.6. – P.427–431.
89. Haugen V., Bliss D. Z., & Savik K. Perioperative factors that affect long-term adjustment to an incontinent ostomy. //J. Wound Ostomy Continence Nurs. – 2006. – V.33. – P.525-535.
90. Herlufsen P., Olsen A.G., Carlsen B. et al. Study of peristomal skin disorders in patients with permanent stomas // British Journal of Nursing. – 2006. – V.15. – N.16. – P. 854-862.
91. Holzer B., Matzel K., Schiedeck T., Christiansen J., Christensen P., Rius J. et al. Do geographic and educational factors influence the quality of life in rectal cancer patients with a permanent colostomy? // Diseases of the Colon and Rectum. – 2005. – V.48. – N.12. – P.2209-2216.
92. Hong Kong Enterostomal Therapist Association. HKETA Standards in Stoma Care. ISBN 962-86486-2-4. Published by Hong Kong Enterostomal Therapists Association Limited, 2004.
93. Husain S. G., & Cataldo T. E. Late stomal complications. // Clinics in Colon and Rectal Surgery. – 2008. – V.21. – N.1. – P.21-40.
94. Jankowski I.M. Matching patient safety goals to the nursing specialty: using wound, ostomy, continence nursing services. //J. Nurs. Adm. – 2010. – V.40. – N.1. – P. 26-31.
95. Jemec G.B., Martins L., Claessens I., Ayello E.A., Hansen A.S., Poulsen L.H. and Sibbald R.G. Ostomy Skin Tool Validation study: Assessing peristomal skin changes in ostomy patients: validation of the Ostomy Skin Tool. // British Journal

- of Dermatology. – 2011. – V.164. – P. 330–335.
96. Jerant A., Kravitz R.L., Rooney M., Amerson S., Kreuter M. & Franks P. (2007) Effects of a tailored interactive multimedia computer program on determinants of colorectal cancer screening: a randomized controlled pilot study in physician offices. // *Patient Education and Counseling*. V.66. – N.1. – P.67–74.
97. Junkin J. & Beitz J. Sexuality and the person with a stoma. // *J. Wound Ostomy Continence Nursing*. – 2005. – V.32. – N.2. – P.121-128.
98. Kairaluoma M., Rissanen H., Kultti V., Mecklin J.P., Kellokumpu I. Outcome of temporary stomas. A prospective study of temporary intestinal stomas constructed between 1989 and 1996. // *Dig. Surg.* – 2002. – V.19. – N.1. – P.45–51.
99. Karadag A., Menten B. B., Uner A., Irkorucu O., Ayaz S., & Ozkan S. Impact of stomatherapy on quality of life in patients with permanent colostomies or ileostomies. // *International Journal of Colorectal Disease*. – 2003. – V.18. – N.3. – P.234-238.
100. Kingsley L., Simmons K.L., Smith J.A., Bobb K.A., Liles L.L.M. Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships. // *Journal of Advanced Nursing*. – 2007. – V.60. – N.6. – P.627–635.
101. Krouse R., Grant M., Ferrell B., Dean G., Nelson R., & Chu D. Quality of life outcomes in 599 cancer and non-cancer patients with colostomies. // *Journal of Surgical Research*. – 2007. – V.138. – N.1. – P.79-87.
102. Kuijpers J.H. Stomas and stoma surgery. // *Ned Tijdschr Geneesk.* – 2001. – V.145. – N.24. – P.1144-8.
103. Law W.L., Chu K.W., Choi H.K. Randomized clinical trial comparing loop ileostomy and loop transverse colostomy for faecal diversion following total mesorectal excision. // *Br. J. Surg.* – 2002. – V.89. – P.704-708.
104. Lawson A. Complications of stoma. // In: Elcoat C. (ed). *Stoma Care Nursing*. London, UK: Hollister. – 2003. – P.143–146.
105. Lee J. Common stoma problems: a brief guide for community nurses. // *Br. J. Community Nurs.* – 2001. – V.6. – N.8. – P.407–1.
106. Leitman I.M., Sullivan J.D., Brams D. Multivariate analysis of morbidity and

- mortality from the initial surgical management of obstructing carcinoma of the colon // *Surg. Gynecol. Obstet.* – 1992. – V. 174. – P. 513-518.
107. Lyon C, Smith AJ. Abdominal Stomas and Their Skin Disorders. // United Kingdom, London by Martin Dunits Ltd. –2001. – P.9–19, – P.123.
108. Lo S.-F., Wang Y.-T., Wu L.-Y., Hsu M.-Y., Chang S.-C. and Hayter M., Multimedia education programme for patients with a stoma: effectiveness evaluation. // *Journal of Advanced Nursing.* – 2011. – V.67. –P. 68–76.
109. Ma N., Harvey J., Stewart J., Andrews L., & Hill A. G. The effect of age on the quality of life of patients living with stomas: A pilot study. // *ANZ Journal of Surgery.* – 2007. – V.77. – N.10. – P.883-885.
110. Mahjoubi B., Moghimi A., Mirzaei R., Bijari A. Evaluation of the end colostomy complications and the risk factors influencing them in Iranian patients. // *Colorectal Disease.* – 2005. – V.7. – N.6. – P.582-7.
111. Mäkelä J.T. et al. Stoma care problems after Stoma Surgery in northern Finland. // *Scandinavian Journal of Surgery.* – 2006. – V.95. – P.23–27.
112. Marquis P., Marrel A., Jambon B. Quality of life in patients with stomas: the Montreux study. // *Ostomy Wound Management.* – 2003. – V.49. – N.2. –P.48-55.
113. Martins L., Tavernelli K., Cobos Serrano J.L. Introducing a peristomal skin assessment tool: the Ostomy Skin Tool. // *WCET J.* – 2008. – V.28. – N.2. – P.8–13.
114. Meisner S., Lehur P-A., Moran B., Martins L., Jemec G.B.E. Peristomal skin complications are Common, Expensive, and difficult to Manage: A Population Based Cost Modelling Study. // *PloS ONE.* – 2012. – V.7. – N.5. – P.1-8.
115. Murray C. J., Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. // *Bulletin of the World Health Organization.* – 2000. – V.78. – N. 6. – P.717-31.
116. Nichols T.R., Riemer M. The impact of stabilizing forces on postsurgical recovery in ostomy patients. // *J. Wound Ostomy Continence Nursing.* – 2008. – V.35. – N.3. – P.316-20.
117. Noone P. Pre- and postoperative steps to improve body image following stoma

- surgery. // *Gastrointest Nurs.* – 2010. – V.8. – N.2. – P.34–39.
118. Nybaek H., Banyknudsen D., Norgaard Laursen T. et al. Skin problems in ostomy patients: a case-control study of risk factors. // *Acta Derm Venereol.* – 2009. – V.89. – N.1. – P.64–67.
119. Nybaek H., Knudsen D.B., Laursen T.N., Karlsmark T., Jemec G.B. Quality of life assessment among patients with peristomal skin disease. // *Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.* – 2010. – V.22. – N.2. – P.139-43.
120. Nugent K. P., Daniels P., Stewart B., Patankar R., & Johnson C. D. Quality of life in stoma patients. // *Diseases of the Colon and Rectum.* – 1999. – V.42. – P.1569-1574.
121. O'Connor G. Discharge planning in rehabilitation following surgery for a stoma. // *British Journal of Nursing.* – 2003. – V.12. – N.13. – P.800-807.
122. Olsen T., Alstad B., Thomsen L., Bach K., Berndtsson I. & Palselius I. Postoperative Standards. Stoma Care. Skin Care. Nordic Stoma Cooperation, Go'teborg, 2001.
123. Persson E., Gustavsson B., Hellstrom A., Lappas G., Hulten L. Ostomy patients' perceptions of quality of care. // *J. Adv. Nurs.* – 2005. – V.49. – N.1. – P.51-58.
124. Persson E. & Larsson B. Quality of care after ostomy surgery: A perspective study of patients. // *Ostomy Wound Management.* – 2005. – V.51. – N.8. – P.40-48.
125. Phillips R., Pringle W., Evans C. et al. Analysis of a hospital-based stomatherapy service. // *Ann. R. Coll. Surg. Engl.* – 1985. – V.67 – P.37.
126. Pittman J., Kozell K., Gray M. Should WOC nurses measure health-related quality of life in patients undergoing intestinal ostomy surgery? // *Journal Wound Ostomy Continence Nursing.* – 2009. – V.36. – N.3. – P.254-65.
127. Pittman J., Rawl S.M., Schmidt C.M., et al. Demographic and clinical factors related to ostomy complications and quality of life in veterans with an ostomy. // *J. Wound Ostomy Continence Nurs.* – 2008. – V.35. – N.5. – P.493-503.
128. Piwonka M.A., Merino J.M. A multidimensional modeling of predictors influencing the adjustment to a colostomy. // *Journal Wound Ostomy Continence Nursing.* – 1999. – V.26. – N.6. – P.298-305.

129. Prieto L., Thorsen H., Juul K. Development and validation of a quality of life questionnaire for patients with colostomy or ileostomy. // *Health Qual. Life Outcomes.* – 2005. – V.12. – N.3 – P.62.
130. Raichbourg, L., Thorpe, J. M., & Rapp, C. G. Difficulties experienced by the ostomate after hospital discharge. // *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing.* – 2007. – V.34. – N.1. – P.70-79.
131. Ratliff C. R. Early peristomal skin complications reported by WOC nurses. // *Journal Wound Ostomy Continence Nursing.* – 2010. – V.37. – N.5. – P.505-510.
132. Ratliff C., Donovan A. Frequency of peristomal complications. // *Ostomy Wound Manage.* – 2001. – V.47. – N.8. – P.26–29.
133. Renzulli P., Candinas D. Intestinal stomas--indications, stoma types, surgical technique. // *Ther. Umsch.* – 2007. – V.64. – N.9. – P.517-27.
134. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). *Ostomy care and management.* Toronto (ON): Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), 2009.
135. Rolstad B.S., Erwin-Toth P.L. Peristomal skin complications: prevention and management. // *Ostomy Wound Manage.* – 2004. – V.50. – N.9. – P.68–77.
136. Ross L., Abild-Nielsen A. G., Thomsen B. L., Karlsen R. V., Boesen E. H., & Johansen C. Quality of life of Danish colorectal cancer patients with and without a stoma. // *Supportive Care in Cancer.* – 2007. – V.15. – N.5. – P.505-513.
137. Salvadalena G. Incidence of complications of the stoma and peristomal skin among individuals with colostomy, ileostomy, and urostomy: a systematic review. // *J. Wound Ostomy Continence Nursing.* – 2008. – V.35. – N.6. – P.596–607.
138. Saunders H. B. Stoma care nurse, a new role. // *Nursing Times.* – 1974. – V.70. – N.16. – P.578-579.
139. Scarpa, M., Barollo, M., Polese, L., & Keighley, M.R. Quality of life in patients with an ileostomy. // *Minerva Chirurgica.* – 2004. – V.59. – N.1. – P. 23-29.
140. Silva M.A., Ratnayake G., Deen K.I. Quality of life of stoma patients: temporary ileostomy versus colostomy. // *World.J.Surg.* – 2003. – V.27. – N.4. – P.421-424.
141. Smith A.J., Lyon C.C., Hart C.A. Multidisciplinary care of stoma problems in

- stoma patients. // *British Journal of Nursing*. – 2002. – V.11. – P.324-30
142. Snarska J., Lapuc K., Puchalski Z., Hend M. The role of a therapeutic team and The Pol-Ilko Association in readaptation of patients with a stoma to the life in a family and society in the 21st century. // *Rocz Akad Med Bialymst*. – 2005. – V.50. – N.1. – P.123-5.
143. Stoia Davis J., Svavarsdóttir M.H., Pudło M. et al. Factors impairing quality of life for people with an ostomy. // *Gastrointestinal Nursing* – 2011. – V.9. – N.2. – P.4–18.
144. Terwee C. B., Bot S. D. M., de Boer M. R., van der Windt D., Knol D. L., Dekker J., Bouter L. M. & de Vet H. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. // *Journal of Clinical Epidemiology*. – 2007. – V.60. – P.34-42.
145. Turnbull G.B. The evolution and innovation of ostomy products. // *Ostomy Wound Manage*. – 2003. 49(5) – P.26-7.
146. Turnbull G.B. Psychological adjustment after ostomy surgery: what do we know? // *Ostomy Wound Manage*. – 2005. – V.51. – N.4. – P.12-14.
147. Turnbull G.B., Arnold A., Aronson L., et al. The role of industry in improving quality of life for persons with an ostomy: A Canadian consensus. // *Ostomy Wound Manage*. – 2004. – V.50. – N.9. – P. 78–85.
148. Vujnovich A. The management of stoma-related skin complications. // *Wounds UK*. – 2006. – V.2. – N.3. – P.36–47.
149. Waller M. Paediatric stoma care nursing in the UK and Ireland. // *Br. J. Nurs*. – 2008. – V.17. – N.17. – P.25-9.
150. Woo K.Y. Peristomal skin complications and management. // *Adv. Skin Wound Care*. – 2009. – V.2. – N.11. – P.522–532.
151. Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society (WOCN). Management of the patient with a fecal ostomy: best practice guideline for clinicians. // Mount Laurel: Wound, Ostomy, and Continence Nurses Society. – 2010. - N. 1. – P.44.
152. Wu H. K., Chau J. P. & Twinn S. Self-efficacy and quality of life among stoma patients in Hong Kong. // *Cancer Nursing*. – 2007. – V.30. – N.3. – P.186-193.

Приложение №2.**Карта оценки социальной удовлетворенности пациентов медицинской помощью, оказанной в кабинете реабилитации стомированных больных (КРСБ).**

Сведения о респонденте (нужное подчеркнуть):

Пол – мужской, женский Стома – илеостома, колостома временная,
постоянная

Возраст – до 20 лет, от 20 до 30 лет, от 30 до 45 лет, от 45 до 60 лет, свыше 65 лет.

№	Вопрос	Варианты ответа	Оценка в баллах
1.	Удовлетворены ли Вы профессиональным уровнем работы врачей (компетентность врачей в диагностике, полезность советов врачей по лечению и др.)	Да, удовлетворен Больше удовлетворен, чем не удовлетворен Не полностью удовлетворен Затрудняюсь ответить Не удовлетворен	5 4 3 2 1
2.	Как Вы оцениваете отношение к Вам лечащих врачей	С вниманием и участием Не очень внимательно С безразличием Затрудняюсь ответить С раздражением и грубостью	5 4 3 2 1
3.	Удовлетворены ли Вы профессиональным уровнем работы среднего медперсонала (владение техникой манипуляций, быстрое и четкое выполнение назначений врача, полезность советов и др.)	Да, удовлетворен Больше удовлетворен, чем не удовлетворен Не полностью удовлетворен Затрудняюсь ответить Не удовлетворен	5 4 3 2 1
4.	Как Вы оцениваете отношение к Вам среднего медперсонала	С вниманием и участием Не очень внимательно С безразличием Затрудняюсь ответить С раздражением и грубостью	5 4 3 2 1
5.	Удовлетворены ли Вы материально-техническим оснащением КРСБ	Да, удовлетворен Больше удовлетворен, чем не удовлетворен	5 4

	(наличие средств по уходу за стомой, обучающих материалов и т.п.)	Не полностью удовлетворен Затрудняюсь ответить Не удовлетворен	3 2 1
6.	Удовлетворены ли Вы организацией работы КРСБ (наличие больших очередей в КРСБ, недоступность специалистов, несоблюдение конфиденциальности и др.)	Да, удовлетворен Больше удовлетворен, чем не удовлетворены Не полностью удовлетворен Затрудняюсь ответить Не удовлетворен	5 4 3 2 1
7.	Удовлетворены ли Вы объемом помощи, оказанной в КРСБ (предоперационная подготовка, уход за стомой, обучение уходу за стомой, др.)	Да, удовлетворен Больше удовлетворен, чем не удовлетворены Не полностью удовлетворен Затрудняюсь ответить Не удовлетворен	5 4 3 2 1

Приложение №3.

Анкета «Оценка качества полученной медицинской помощи стомированным пациентам»

Выберите ответ, наиболее близкий Вашему мнению :

1 - совсем не согласен, 2 - не согласен, 3 - согласен, 4 - полностью согласен;

и отметьте его в соответствующей графе по каждому вопросу.

Я получил... (Оценка в баллах)	1	2	3	4
1. Достаточно информации о том, где получить консультацию и поддержку по поводу стомы				
2. Возможность на практике освоить уход за стомой				
3. Достаточно информации и/или практики по применению средств ухода за стомой				
4. Информацию о том, как жить со стомой, в присутствии своих родственников				
5. Всю необходимую помощь в обучении уходу за стомой				
6. Необходимую информацию по уходу за кожей вокруг стомы				
7. Достаточную информацию относительно того, как жить со стомой				
8. Исчерпывающую письменную информацию о жизни со стомой				
9. Полезную устную информацию о жизни со стомой				
10. Своевременную информацию о стоме				
11. Возможность участвовать в определении места расположения стомы				
12. Необходимую информацию о специальной диете после формирования стомы				
13. Достаточную информацию от медицинских специалистов относительно половой жизни				
ОБЩИЙ СРЕДНИЙ БАЛЛ				

Приложение №4.**Анкета «Оценка качества ожидаемой медицинской помощи стомированным пациентам».**

Выберите ответ, наиболее близкий Вашему мнению :

1 – совсем неважно, 2 - неважно, 3 - важно, 4 – очень важно;

и отметьте его в соответствующей графе по каждому вопросу.

Насколько важно для меня получить... (Оценка в баллах)	1	2	3	4
1. Достаточно информации о том, где получить консультацию и поддержку по поводу стомы				
2. Возможность на практике освоить уход за стомой				
3. Достаточно информации и/или практики по применению средств ухода за стомой				
4. Информацию о том, как жить со стомой, в присутствии своих родственников				
5. Всю необходимую помощь в обучении уходу за стомой				
6. Необходимую информацию по уходу за кожей вокруг стомы				
7. Достаточную информацию относительно того, как жить со стомой				
8. Исчерпывающую письменную информацию о жизни со стомой				
9. Полезную устную информацию о жизни со стомой				
10. Своевременную информацию о стоме				
11. Возможность участвовать в определении места расположения стомы				
12. Необходимую информацию о специальной диете после формирования стомы				
13. Достаточную информацию от медицинских специалистов относительно половой жизни				
ОБЩИЙ СРЕДНИЙ БАЛЛ				

Приложение №5. Инструкция по обучению стомированных пациентов уходу за стомой

1-2 день

- Пациент должен увидеть и ощупать свою стому (через мешок).
- Медсестра меняет калоприемник/уроприемник и осуществляет уход за стомой, объясняя пациенту все свои действия.
- Врач/медсестра информируют пациента об ожидаемых результатах лечения и о процедурах, которые будут проводиться во время госпитализации.

3–4 день

- Пациент учится открывать и дренировать кало-/уроприемник, ухаживать за дренажным отверстием мешка и закрывать мешок.
- Пациент следит за тем, как медсестра меняет кало-/уроприемник и ухаживает за стомой.
- Пациент учится проверять надежность фиксации кало-/уроприемника на передней брюшной стенке.
- Пациент следит за состоянием кало-/уроприемника, вовремя дренирует его (при наполнении не более, чем на половину).

5-7 день

- Пациент учится менять однокомпонентные кало-/уроприемники.
- При использовании двухкомпонентных кало-/уроприемников пациент учится снимать мешок с пластины и ухаживать за пластиной.
- Пациент учится проверять надежность фиксации пластины (отсутствие протекания под пластину).
- Пациент учится надевать новый мешок на пластину.
- Пациент учится утилизировать использованные кало-/уроприемники.

(В случае протекания под пластину, производится замена всего кало-/уроприемника: и пластины, и мешка.)

8-9 день

- Производится смена кало-/уроприемника, а также перевязка послеоперационной раны.

Медсестра производит уход за кожей вокруг стомы, объясняя свои действия пациенту.

Пациент должен самостоятельно:

- опорожнить мешок
- удалить пластину с кожи

Пациент учится:

- готовить все необходимое для смены калоприемника (салфетки, ножницы, трафарет для измерения стомы, ручку, средства ухода за кожей, кало-/уроприемники, мешки для мусора)
- определять размер стомы
- ухаживать за кожей вокруг стомы: мыть ее теплой водой и сушить мягким полотенцем или салфеткой
- вырезать в пластине отверстие, соответствующее размеру стомы
- приклеивать пластину или 1-компонентный мешок на переднюю брюшную стенку (согрев пластину руками до наклеивания и тщательно разгладив после наклеивания);
- фиксировать мешок на пластине (если используются 2-компонентные кало-/уроприемники)

10 день

Пациент самостоятельно производит смену кало-/уроприемника

Удаляются швы и стержень (при петлевой стоме).

Пациент самостоятельно:

- готовит все необходимое для смены кало-/уроприемника (салфетки, ножницы, трафарет для измерения стомы, ручку, средства ухода за кожей, кало-/уроприемники, мешки для мусора)
- удаляет кало-/уроприемник
- ухаживает за кожей вокруг стомы
- определяет размер стомы
- вырезает в пластине отверстие под стому

- наклеивает кало-/уроприемник
- использует средства ухода за кожей (пасту-герметик, защитный крем, защитную пленку и т.д.), если это необходимо

Перед выпиской из стационара, пациент должен уметь самостоятельно ухаживать за кожей вокруг стомы, менять кало-/уроприемники.

Если стомированный пациент не может сам ухаживать за собой, необходимо обучить его родственников или других лиц, которые будут ухаживать за ним.

Обучение должно быть индивидуальным. Очень важно поощрять и поддерживать стомированного пациента во время обучения, продолжительность которого может составлять около 2-3 недель.

Реабилитация стомированных больных – это длительный процесс. Чтобы привыкнуть к стоме и адаптироваться к жизни со стомой, пациентам необходима помощь и поддержка специалистов по уходу за стомой, родственников и друзей.

Приложение №6. Справка для оформления индивидуальной программы реабилитации для стомированных пациентов.

СПРАВКА

Гражданин _____

Фамилия, имя, отчество

Амб. Карта № _____ проходил (а) (проходит) обследование в поликлинике с « ____ » _____ 200 г. по « ____ » _____ 200 г.

Установленный диагноз: _____

Описание стомы: (нужное подчеркнуть)

Вид по локализации Илеостома
Колостома (асцендостома, трансверзостома, десцендостома, сигмостома, цекостома, аппендикостома)

По методу формирования:

Одноствольная

Двуствольная а) петлевая, б) раздельная, в) краевая (пристеночная)

По технике формирования:

«плоская»

«столбиком»

По прогнозу в плане хирургической реабилитации:

Постоянная

Временная

По месту наложения стомы на теле пациента:

Абдоминальная

Промежностная.

По наличию осложнений:

Осложнения стомы

Перистомальные осложнения

Ретракция стомы

Аллергический дерматит

Парастомальная грыжа

Контактный дерматит

Пролапс кишки

Гипергрануляции кожи

Размер (диаметр) стомы.....

Рекомендации по обеспечению техническими средствами реабилитации

(нужное подчеркнуть)

Наименования ТСР	Количество	шт./ в мес.
Однокомпонентный калоприемник	Дренируемые (открытые) мешки (при жидком стуле) – до 30 шт. на 1 месяц	
или	Недренируемые(закрытые) мешки (при оформленном стуле) – до 60 шт. на 1 месяц	
Двухкомпонентный калоприемник	Адгезивные пластины - до 10 шт. на 1 месяц	
	Дренируемые (открытые) мешки (при жидком стуле) – до 30 шт./мес.	
Дополнительные средства ухода за стомой	Закрытые мешки (при оформленном стуле) до 60 шт./мес.	
	(Паста-герметик, зашитная пленка, защитный крем и др. по рекомендации врача)	

Возможность (необходимость) хирургической реабилитации стомированного пациента: (нужное подчеркнуть)

(Указать вид операции, сроки и место проведения)

Реконструкция стомы

Реконструктивно-восстановительная операция

Другие рекомендации.....

Дата
М.П.

Врач
Зав. поликлиникой
