

IV. АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ТЕОРИИ И ПРАКТИКИ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

О.А.Бернатович

РОЛЬ АКАДЕМИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) считается одним из самых распространенных заболеваний, уступая лидерство лишь атеросклерозу, оставив позади язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Желчнокаменная болезнь выявляется у 10-40% населения различного возраста [1]. Ежегодно в мире производится около 2,5 млн операций холецистэктомии (ХЭ), в нашей стране – более 100 тыс. операций в год, что по своему количеству среди всех операций на брюшной полости уступает лишь грыжевым операциям (более 200 тыс. в год). Однако в различные сроки после операции у 5-50% больных сохраняются или возобновляются боли и диспепсические расстройства, возникновение которых связывают с постхолецистэктомическим синдромом (ПХЭС).

Главными причинами развития синдрома нарушенного пищеварения у пациентов с ПХЭС считают недостаточность полостного пищеварения вследствие внешнесекреторного панкреатического дефицита, дефицита желчных кислот и нарушения мембранного пищеварения [3]. Цель исследования – оценка частоты желчнокаменной болезни и постхолецистэктомического синдрома и потребности пациентов в проведении образовательных программ в целях профилактики развития заболевания и его обострений.

Были поставлены следующие задачи: 1. Оценить частоту ЖКБ и ПХЭС среди пациентов, выписанных из гастроэнтерологического отделения Центральной клинической городской больницы № 6 (МУ ЦКГБ № 6) за период с 1 января 2005 г. по 31 декабря 2008 г.; 2. Определить уровень знаний пациентов с диагнозом ЖКБ: ПХЭС о своем заболевании и мер по профилактике обострений и их отношение к организации школы здоровья для пациентов с желчнокаменной болезнью.

Материалы и методы исследования. На базе гастроэнтерологического отделения МУ ЦКГБ № 6 проведен анализ историй болезни пациентов, выписанных за указанный период времени. Объем обследования соответствовал медико-экономическим стандартам и включал в себя фиброгастродуоденоскопию, ультразвуковое исследование брюшной полости, электрокардиографию, общий и биохимический анализ крови, копрограмму.

Была разработана анкета, позволяющая получить информацию об уровне знаний о своем заболевании и профилактике обострений и опре-

лить отношение к организации школы для пациентов с ЖКБ. Анкета состояла из 20 вопросов, составивших 4 блока: социального, вопросов о заболевании и состоянии здоровья, раздела по профилактике обострений и вопросов об отношении к организации школы здоровья. Проведено добровольное анкетирование 30-ти пациентов с ПХЭС, находящихся на лечении в трех отделениях больницы: гастроэнтерологическом, отделении неотложной терапии, кардиологическом. Статистический анализ проводили с помощью пакета программ «Биостат».

Результаты исследования и их обсуждение. При анализе структуры заболеваемости в гастроэнтерологическом отделении за последние 4 года отмечена стабильно высокая доля больных ЖКБ, которой страдал каждый шестой пациент отделения. Доля пациентов с диагнозом калькулезный холецистит и ЖКБ: ПХЭС из общего числа пролеченных больных в 2005 г. составляла 16,1%, в 2008 г. – 19,7%. Для оценки достоверности различия доли больных с ЖКБ в двух сравниваемых годах был рассчитан критерий достоверности (коэффициент Стьюдента), который равен 2,0. Можно сказать, что увеличение доли пациентов с ЖКБ достоверно и существенно.

Течение ЖКБ сопровождается в 60-80% другими заболеваниями органов желудочно-кишечного тракта, в первую очередь имеющих тесную анатомо-функциональную связь с билиарной системой [2]. Поэтому холецистэктомия может стать причиной, способствующей обострению и прогрессированию этой патологии. У всех пациентов с ЖКБ выявлен панкреатит с недостаточностью экскреторной функции поджелудочной железы, а у 28,3% развился сахарный диабет II типа, 29% страдают ожирением I-II степени. Структурные и функциональные изменения у больных ЖКБ выявлены и в сердечнососудистой и мочевыводящей системах.

Таким образом, больные ПХЭС имеют множественную сопутствующую патологию. ЖКБ ассоциируется с повышенным риском сахарного диабета, гипертонической болезни, ожирения, наличие которых утяжеляет течение периода после холецистэктомии. Такие пациенты, особенно в течение первого года после операции, нуждаются в диспансерном наблюдении, коррекции лечения и профилактике развития обострений, включающих соблюдение диеты и режима питания, приверженность медикаментозной терапии, индивидуально подобранный режим физических нагрузок.

Одномоментное анкетирование пациентов различных отделений стационара показало, что процент больных с ПХЭС среди другой патологии высок. Каждый четвертый пациент в гастроэнтерологии, каждый 11-й – в кардиологии и каждый 8-й – в отделении неотложной терапии перенес ХЭ. Возраст опрошенных колебался от 46-ти до 84-х лет (в среднем – 68,8 лет). ХЭ была проведена в неотложном порядке у 18 пациентов (60%) в год выявления ЖКБ. В остальных случаях операция была проведена планово.

Причины, по мнению пациентов, вызывавшие приступы ЖКБ, распределены следующим образом: 35% пациентов считают причиной возникновения приступа нарушение диеты, 20% – стресс, 10% – физическую нагрузку. При этом 45% респондентов не смогли указать точную причину приступа, так как было воздействие нескольких провоцирующих факторов. Опрошенные пациенты попытались оценить свое состояние до операции и после операции. ХЭ позволила значительно уменьшить болевой синдром, и проявления дуоденогастрального и гастроэзофагеального рефлюкса, но ХЭ не могла изменить структурных и функциональных изменений, которые произошли в других органах гепатопанкреатодуоденальной системы, поэтому у многих больных значительная часть симптомов, не связанных напрямую с наличием конкрементов в желчевыводящих путях, сохранилась.

Вероятно, многих обострений и новых заболеваний у перенесших ХЭ можно было бы избежать, если до операции пациенты получили информацию о причинах возникновения заболевания, возможных послеоперационных осложнениях и необходимых мерах по их предупреждению. 60% пациентов отметили, что их не предупредили о возможности возникновения некоторых проблем и осложнений после ХЭ. Они не получили рекомендаций по питанию и по образу жизни ни на ранний послеоперационный период, ни в дальнейшей жизни. Остальные получили часть информации от хирурга (25%) или от гастроэнтеролога поликлиники (15%). Но все анкетированные отметили, что диспансерное наблюдение в послеоперационном периоде было достаточно формальным и не позволило избежать развития ПХЭС и обострений уже имеющихся заболеваний органов пищеварения и других органов.

Все опрошенные отмечают недостаток информации о своем заболевании, то есть испытывают так называемый «информационный голод». Около 70% пациентов отметили, что посетили бы занятия, на которых могли бы получить информацию о рациональном питании, адекватной двигательной активности с учетом возраста и имеющихся сопутствующих заболеваниях, о правильном приеме назначенных медикаментов и т. п., научили вести дневники питания. Поскольку большая часть обсуждаемых рекомендаций в действительности не является сложной, все эти моменты могла бы объяснить опытная, специально обученная медицинская сестра. Совместная работа пациента и медсестры по улучшению качества его жизни при ЖКБ помогут снизить уровень обострений заболеваний, уменьшить тяжесть клинических проявлений и снизить нагрузку на врачей, как стационара, так и поликлиники.

Школа здоровья является особой формой работы с пациентами и основана на активном обучении и укреплении способностей пациента. Пациент является активным и ответственным участником терапевтического процесса, и помочь ему в этом может медицинский работник, в полной

мере владеющий медицинскими знаниями, навыками организатора, психолога и педагога. Таким специалистом является медицинская сестра, имеющая диплом о высшем медицинском образовании по специальности «Сестринское дело» с квалификацией «менеджер». Медсестра-менеджер подготовлена к решению задач, касающихся анализа состояния здоровья населения, организации и проведения профилактических и оздоровительных мероприятий, осуществления педагогической деятельности.

Таким образом, доля пациентов с ЖКБ и ПХЭС в соматических отделениях терапевтического профиля достаточно высока. Отмечается низкий уровень знаний пациентов с ЖКБ о своем заболевании, о мерах профилактики обострений: питания, двигательном режиме, правильном приеме лекарственных средств и т. п. Школу здоровья для пациентов с ЖКБ могла бы организовать и проводить там занятия медицинская сестра-менеджер.

Библиографический список

1. Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулушко А.М., Прудков М.И. Желчнокаменная болезнь. М., 2000.
2. Ильченко А.А. Постхолестеринемический синдром: клинические аспекты проблемы // Гастроэнтерология. 2006. Т. 8. № 2.
3. Петухов В.А. Желчнокаменная болезнь и синдром нарушенного пищеварения. М., 2003.

А.Н.Горбунова, В.А.Подгаева

К ВОПРОСУ О СОЗДАНИИ И РЕЗУЛЬТАТАХ РАБОТЫ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ПО РАЗВИТИЮ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА НА БАЗЕ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

В современных условиях сестринское дело рассматривается как важнейшая составная часть системы здравоохранения, значимая роль в которой при оказании медико-социальной помощи населению принадлежит сестринскому персоналу. Основательница сестринского дела Флоренс Натингейл, определяя функции медицинских сестер, указывала на такие, как «научную и сердечную для понимания больного и техническую для ухода за больными» [1]. Спектр функций сестринского персонала в настоящее время значительно расширен, возросла степень ответственности медицинских сестер за больного и качество оказываемых ими услуг.

В сложившейся ситуации в целях повышения профессионального уровня сестринского персонала в ряде регионов России на базах лечебно-профилактических учреждений начали функционировать учебно-методи-