

Оценку качества медицинской помощи необходимо проводить по совокупности следующих основных критериев:

- эффективность — степень достижения желаемого клинического результата;
- экономическая эффективность — достижение желаемого результата при оптимальном отношении затрат и получаемых результатов;
- приемлемость — соответствие оказанной помощи ожиданиям пациента;
- справедливость — достижение общедоступности медицинской помощи.

Руководствуясь этими критериями можно создать эффективную систему всеобщего управления качеством в здравоохранении, основными принципами которой должны являться:

1. Систему здравоохранения и ее работу формируют нужды пациентов.
2. Обеспечение качества является приоритетной целью деятельности отрасли здравоохранения.
3. Высокое качество медицинской помощи является следствием качественных систем организации помощи, технологических процессов и ресурсов.
4. Достижение высокого качества невозможно без принципиального изменения системы менеджмента в здравоохранении.

ВЫВОДЫ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ

1) Лечебно-профилактические учреждения могут быть конкурентными на рынке медицинских услуг при условии предоставления им хозяйственной самостоятельности и внедрения модели целевого планирования процесса управления качеством медицинской помощи.

2) Улучшение качества требует дополнительных ресурсов. Это утверждение справедливо отчасти или до той степени, что работы по улучшению качества требуют вложений времени и усилий сотрудников. Существует другая концепция, которая говорит, что имеется обратная связь между затратами и качеством — с ростом качества уменьшаются потери в системе, что повышает ее продуктивность.

3) Желательно внести в штатную структуру ЛПУ должность менеджера по качеству для исполнения технической стороны вопроса управления качеством и взаимодействия с экспертами страховых медицинских организаций.

4) Нечеткие стандарты лечения и неясные задачи производственных систем в ЛПУ могут быть источником проблем в обеспечении качественной медицинской помощи. Вместо того, чтобы критиковать людей, работающих в этих системах, за плохую работу, деятельность по обеспечению качеством включает людей в мероприятия по профилактике, обнаружению и решению проблем внутри производственных систем с целью улучшить качество медицинских услуг.

5) Для контроля качества медицинских услуг необходимо анкетировать не только пациентов, но и врачей, проводить для них обучающие семинары по качеству и тренинги.

В.Ю. Мосолков

КОРРЕКЦИЯ ПИТАТЕЛЬНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬЮ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНОГО АНАСТОМОЗА ПОСЛЕ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ПИЩЕВОДЕ

НИИ гастроэнтерологии СибГМУ (Северск)

ВВЕДЕНИЕ

Среди ранних послеоперационных осложнений после пластических операций на пищеводе наиболее частыми являются: несостоятельность швов анастомоза (15,9%), нарушение кровоснабжения трансплантата (до 5%), плевроролочные осложнения (23%) (Бакиров А.А., 2001; Черноусов А.Ф., 1998, 2000; Шалимов С.А. с соавт., 1991; Stein H.J., 1999). Единственным способом восстановления питательного статуса пациента при этих осложнениях является формирование на длительный срок еюностомы. В этой связи нами разработан и успешно применяется на практике способ формирования арефлюксной клапанной еюностомы, позволяющий проводить полноценное энтеральное питание у пациентов, уменьшая явления катаболизма.

Цель работы: обоснование необходимости формирования арефлюксной еюностомы для энтерального питания с целью восстановления питательного статуса у пациентов с несостоятельностью пищевода-желудочного анастомоза после пластических операций на пищеводе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В настоящее исследование включены 16 больных, перенесших хирургическое лечение по поводу рака и постожоговых стриктур пищевода, в возрасте от 23 до 71 года. Среди всех пациентов десяти

была выполнена операция субтотальная резекция пищевода с пластикой «желудочным стеблем» из большой кривизны по поводу рака пищевода, б — аналогичная операция по поводу постожоговых стриктур пищевода. Несостоятельность анастомоза на шее в среднем возникала на $5,1 \pm 1,7$ сут. после операции.

Способ осуществляется следующим образом: после выполнения верхне-срединной лапаротомии дистальнее связки Трейца на 15 см мобилизуется тощая кишка по Ру. Отступая от дистального конца кишки на 12–15 см, накладывается межкишечный анастомоз по типу «конец в бок». Ушивается окно в брыжейке. Отступая от свободного конца кишки на 3–4 см (в зависимости от толщины передней брюшной стенки), пристеночно лигируются 3 брыжеечных сосуда. На середине мобилизованного участка кишки циркулярно рассекается серозно-мышечная оболочка. Выше и ниже этого разреза на 15–20 мм производится еще 2 разреза серозно-мышечной оболочки кишки. При этом разрез, начинаясь от брыжеечного края, отступив от него на 2–3 мм и расширяясь, идет к противобрыжеечному краю кишки, разрез описывает фигуру типа эллипс. Это позволяет при формировании клапана не сузить просвет кишки в основании клапана и удлинить его за счет противобрыжеечного края кишки. А неполное пересечение в области брыжеечного края серозно-мышечной оболочки позволяет сохранить достаточное кровоснабжение стенки кишки. Затем накладываются 4–6 узловых швов на верхний и нижний края рассеченной серозно-мышечной оболочки. Поочередным завязыванием швов и дополнительным погружением стенки кишки диссектором образовывается клапан. Тем самым создается инвагинационный клапан, внутреннее отверстие которого постоянно закрыто. Через дополнительный разрез в левой мезогастральной области формируется губовидный свищ. Рану передней брюшной стенки зашивают наглухо.

Энтеральное питание начинали с первых суток из расчета 25 мл/час, вводя в еюностому смесь капельно с введением трубки только на время кормления, постепенно увеличивая объем смеси со средним суточным приростом 20–25 % от общей потребности пациента в калориях, но не более 150 мл/час. До момента полного энтерального погашения потребности пациента в калориях параллельно проводили парентеральную поддержку. В качестве компонента энтерального питания в первые 3–5 дней после операции использовали гиперкалорическую сбалансированную смесь «Нутризон» («Нутриция», Голландия), в дальнейшем переходили на обычный рацион. Дозу препарата рассчитывали индивидуально для каждого пациента — на должствующую массу тела, с учетом азотистого баланса и потребностей организма в энергии (согласно формуле Гарриса-Бенедикта).

Общее время проведения зондового энтерального питания до заживления анастомоза на шее составляло $22,5 \pm 3,7$ сут.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Уже через 7 суток проведения энтерального питания отмечено приближение азотистого баланса к нулевой отметке, концентрация белка также увеличилась и приблизилась к нижней границе нормы. Основным осложнением энтерального питания у наших больных были диспептические расстройства в виде диареи, которая отмечена у 3 пациентов. Купирование диареи было достигнуто уменьшением скорости введения питательной смеси. Ни в одном случае данное осложнение не привело к прекращению питания.

ВЫВОДЫ

Проведенные исследования показали, что энтеральное питание посредством арефлюксной еюностомы позволяет восстановить питательный статус и ускорить заживление пищеводно-желудочного анастомоза у пациентов, оперированных на пищеводе. Энтеральное питание через еюностому эффективно, обладает меньшими побочными эффектами и экономически более оправдано. Разработанная методика арефлюксной еюностомы обладает надежным герметизмом, что и определяет ее использование в тех ситуациях, когда еюностома необходима в течение длительного времени.

А.С. Моторыкин, А.В. Карпович

ЛИМФОДИССЕКЦИЯ Д2.5 ПРИ СУБТОТАЛЬНОЙ ДИСТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

НИИ гастроэнтерологии СибГМУ (Северск)

ВВЕДЕНИЕ

Необходимость адекватной лимфодиссекции обусловлена высокой степенью лимфогенного метастазирования рака желудка. Стандартным объемом лимфодиссекции (D₂) для этой операции считается удаление групп 1, 3–9, 11p и 12a. Однако неудовлетворенность результатами данного объема лимфо-