

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ С ДИАГНОЗОМ КАТАРАКТЫ КАК КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ АМБУЛАТОРНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

А.И. Мязитова, Н.В. Туркина, канд. мед. наук.
Медицинский институт «РЕАВИЗ», Санкт-Петербургский филиал
E-mail: FVSO@MAIL.RU

Представлена целесообразность хирургического лечения катаракты у пожилых больных в амбулаторных условиях. Перечислены способы внедрения в практику программ изучения качества жизни пациентов.

Ключевые слова: катаракта, хирургия, больной, сестринский уход.

Более 60% операций, выполняемых в офтальмологических учреждениях мира, проводятся по поводу катаракты [1]. Основной задачей современной хирургии катаракты является достижение наиболее полной медицинской и социальной реабилитации больных с патологией хрусталика. Эффективность реабилитационных мероприятий следует определять не только по функциональным результатам, но и по такому критерию, как качество жизни – совокупность объективных и субъективных характеристик, отражающих ощущение жизненного комфорта, физического благополучия, психологические особенности личности, бытовую и трудовую активность [3, 7].

Инвалидность вследствие помутнения хрусталика у лиц старше 60 лет составляет 14%. Поэтому данное заболевание можно считать проблемой государственной важности. Учитывая это, ВОЗ в 1999 г. дала старт международной программе «Ликвидация устранимой слепоты в мире. Зрение – 2020». Основные направления программы – подготовка врачей-офтальмологов, создание инфраструктуры и надлежащих технологий лечения [6].

В XXI веке актуальность этой проблемы возросла ввиду увеличения численности лиц преклонного возраста. В менее развитых странах число лиц 55 лет и старше к 2025 г. увеличится в 4 раза, в США к 2030 г. – на 82% [4].

Больным катарактой часто свойственны плохой психологический фон и депрессия, связанные с потерей из-за болезни любимой работы или хобби, с недостаточно обнадеживающим прогнозом. Поскольку психологическое благополучие – одна

из важнейших составляющих качества жизни, необходимо изучение психологических характеристик больного и выраженности у него симптомов депрессии.

Развитие хирургии катаракты повысило требования пациентов к качеству лечения – они стремятся к достижению высоких показателей зрения непосредственно после операции, что стало возможным благодаря внедрению в практику хирургического лечения катаракты методом факоэмульсификации. Неоспоримыми преимуществами этой технологии являются незначительные нарушения гематоофтальмического барьера, быстрое заживление, высокая острота зрения без дополнительной коррекции, сокращение сроков реабилитации и возможность выполнения операции в амбулаторных условиях, что существенно снижает эмоциональные, физические и экономические затраты пациента и клиник и в корне изменяет показания к хирургии катаракты, смещая акценты на профессиональные требования к зрению [3, 5].

Нами оценена целесообразность хирургического лечения катаракты в амбулаторных условиях с точки зрения процесса сестринского ухода. Проведено анкетирование пациентов, получивших стационарное лечение по поводу катаракты, для изучения их мнения об амбулаторном лечении; рассмотрены экономические аспекты амбулаторного лечения катаракты; разработана программа мер сестринского ухода для повышения качества жизни пациентов.

Анкетирование выполнено в феврале 2012 г. в Санкт-Петербургском филиале Межотраслевого научно-технического комплекса (МНТК) «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова. Проанкетирован 41 пациент (12 мужчин и 29 женщин) 3 возрастных групп: 1-я – лица до 60 лет; 2-я – 60–74 лет; 3-я – 75–89 лет.

Были изучены:

- социальный статус пациентов;
- возможности самоухода в послеоперационном периоде;
- трудоспособность;

- условия проживания и удаленность от места лечения;
- психологические проблемы, касающиеся методов анестезии;
- вопросы психологического комфорта при проведении послеоперационного периода дома или в условиях стационара;
- психологическое состояние пациентов до и во время операции;
- осведомленность о заболевании и предстоящем лечении;
- наличие сопутствующих и хронических заболеваний;
- возможность и желание посещать Школу пациента.

Необходимо отметить, что при отборе в группу исследования не использовались какие-либо особые критерии.

Большую часть (17–41%) пациентов составили люди пожилого возраста – 2-я группа; в 1-ю группу вошли 12 (29%) человек, в 3-ю – тоже 12 (29%). Средний возраст респондентов – 65 лет.

В браке состоят 30 (73%) респондентов, не состоят 11 (24%): в 1-й группе – соответственно 11 (25%) и 2 (4%), во 2-й – 15 (38%) и 2 (4%), в 3-й – 4 (10%) и 7 (16%).

Из пациентов 1-й группы, не состоящих в браке, в одиночестве проживает 1 (2%) пациент, 1 (2%) проживает с детьми; во 2-й группе эти показатели составили соответственно 1 (2%) и 1 (2%), в 3-й – 5 (12%) и 2 (4%).

Представители всех 3 возрастных групп в основном – жители Санкт-Петербурга, имеющие отдельные квартиры. Проживают в отдельных квартирах 40 (98%) человек, в коммунальной квартире – 1 (2%); из 5 пациентов 3-й возрастной группы, которые не состоят в браке и проживают без детей, все живут в отдельных квартирах.

Постоянно проживают в Санкт-Петербурге 36 (88%) человек, 2 (4%) – жители Ленинградской области и 3 (8%) – иногородние.

Большая часть опрошенных – 29 (72%) – имеют высшее образование, 2 (4%) – незаконченное высшее, 9 (22%) – среднее, 1 (2%) – неполное среднее.

Отягощенный соматический анамнез выявлен у 30 (73%) пациентов. Положительно относятся к амбулаторному хирургическому лечению катаракты 29 (72%) человек, отрицательно – 10 (24%), индифферентно – 2 (4%).

Из одиноких пациентов 3-й возрастной группы 4 (8%) относятся к такой форме лечения положительно, 1 (2%) – отрицательно. У всех пациентов среднего возраста отсутствует отрицательное отношение к амбулаторному лечению.

Возможность самоухода в послеоперационном периоде имеется у 36 (88%) пациентов; все одинокие

пациенты 3-й группы считают, что смогут самостоятельно закапывать себе глазные капли либо у них есть близкие, которые смогут помочь. Лишь 10% лиц этой группы ответили, что не имеют такой возможности и им некому помочь.

Все пациенты среднего возраста могут самостоятельно добраться до клиники и обратно домой во время лечения. Транспортные проблемы в основном возникают у людей 2-й и 3-й групп – всего у 4 (8%) человек.

Но, несмотря на позитивное отношение к амбулаторной хирургии в целом, лишь 9 (22%) пациентов предпочитают оперироваться под местной анестезией. Покинуть клинику в день операции выразили желание 14 (34%) пациентов, провести в клинике 2–3 дня – 25 (62%). Только 16 (40%) пациентов считают, что они полностью осведомлены о своем заболевании, возможных хирургических осложнениях и предстоящем лечении; 23 (56%) человека полагают, что имеют лишь поверхностные знания и 2 (4%) полностью не осведомлены.

Хотят посещать Школу пациента 26 (64%) опрошенных, но из них для 12 (30%) это затруднительно.

Эти цифры свидетельствуют о том, что разъяснительная работа с пациентами в должном объеме не проводится.

Нельзя не учитывать, что 56% опрошенных трудоспособны, и амбулаторное лечение для них, возможно, предпочтительнее.

Что касается психологического состояния респондентов, то практически все – 39 (95%) человек – испытывали чувство страха или беспокойства перед операцией. Боль во время операции чувствовали лишь 3 (7%) пациента.

Амбулаторная хирургия получает в настоящее время все большее распространение благодаря совершенствованию операционных технологий, высококачественным микрохирургическим инструментам и расходным материалам. Преимущества стационарзамещающего лечения общеизвестны: не требуется госпитализации, нет ограничений свободы пациента; стоимость амбулаторной помощи значительно ниже стационарной; снижается риск внутрибольничного инфицирования; выше уровень психологического комфорта.

На Западе от 60 до 90% всех хирургических вмешательств проводится в амбулаторных условиях. В России эта цифра не достигает 20%; в то же время длительность ожидания стационарного хирургического лечения за счет средств обязательного медицинского страхования (ОМС) – 2–2,5 года и 5–6 мес – за счет собственных средств. Подобная ситуация существует во многих клиниках страны [2].

Согласно решению тарифной комиссии комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, в соответствии с медико-экономическими стандартами

в объеме Территориальной программы ОМС на стационарное и амбулаторное лечение по поводу катаракты, установлены следующие тарифы на медицинскую помощь в медицинских организациях стационарного типа (табл. 1) [8].

Из табл. 1 видно, что экономическая выгода – налицо, так как продолжительность стационарного лечения по нормативам медико-экономических стандартов – 5–7 дней. Если оплата лечения производится за счет пациента, приведенные тарифы – такие же. Однако при выборе пациентом других расходных материалов и имплантатов стоимость операции и лечения может меняться [9].

Сегодня наша система здравоохранения тратит колоссальные средства на содержание офтальмологических стационаров. Страховые компании, ссылаясь на медико-экономические стандарты, вынуждают необоснованно задерживать выписку пациентов из стационара. В то же время во всех развитых странах, как и в отечественных коммерческих клиниках, операция по поводу катаракты давно является амбулаторной процедурой. Сэкономленные деньги можно было бы потратить на другие виды медицинской помощи, обучение врачей и медсестер, оснащение клиник и заработную плату медицинских работников.

Привлекает опыт французской медицины, которая отдала всю хирургию катаракты в частные руки; вся инфраструктура сдается хирургам в аренду; при этом офтальмологи обязаны обновлять оборудование каждые 5 лет. Страховые компании выделяют 2,5 млрд евро в год на страховые выплаты после факэмульсификации, все операции проводятся в амбулаторных условиях. Прямая экономия уже составила 2,5 млрд евро в год плюс огромный социальный эффект [2].

Интерес к амбулаторному лечению катаракты растет, но ввиду вышеизложенных обстоятельств число пациентов, прооперированных в амбулаторных условиях, остается достаточно низким (табл. 2).

Учитывая результаты исследования, можно утверждать, что сегодня у основной доли пациентов, проживающих в крупных городах, – достаточно высокий социально-бытовой уровень, и они могли бы получать хирургическое лечение по поводу катаракты в амбулаторных условиях. По данным анкетирования, лишь 5 пациентов нуждаются в госпитализации, 36 проживают либо с супругом (ой), либо вместе с детьми и имеют возможность получить помощь от них. Нельзя не учитывать и то, что 56% опрошенных трудоспособны, следовательно амбулаторное лечение для них, возможно, целесообразнее.

Сегодня внедрены в практику специальная Программа оценки качества жизни больных ката-

Таблица 1
Тарифы на офтальмологические медицинские услуги по ОМС в соответствии с медико-экономическими стандартами

Показатель	Стационарное лечение (при продолжительности лечения 4 дня)	Амбулаторное лечение (число послеоперационных посещений – 3 приема)
Стоимость лечения	12 718 руб. 80 коп.	4 020 руб. 09 коп.
Стоимость операции	25 933 руб. 30 коп.	25 933 руб. 30 коп.

Таблица 2
Число пациентов, получивших хирургическое лечение методом факэмульсификации в условиях стационара и амбулаторно в период с 2007 по 2012 г. в Санкт-Петербургском филиале «Микрохирургия глаза»

Год	В условиях стационара; абс. (%)	В амбулаторных условиях; абс. (%)
2007	8626 (97,24)	245 (2,76)
2008	8786 (94,51)	511 (5,49)
2009	8042 (91,06)	790 (8,94)
2010	8648 (92,65)	687 (7,35)
2011	8113 (86,14)	1306 (13,86)
2012	9211 (85,52)	1560 (14,48)

рактой (свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2009613360 от 26.06.2009 г), опросники SF-36, W-BQ12 и CatQuest, основой которых являются анкеты, помогающие оценить субъективный статус пациентов до операции и определить качество их жизни после хирургического лечения. Это позволяет проводить предоперационную психологическую подготовку больных и выявить предпочтения пациента в отношении стационарного или амбулаторного лечения.

Данная Программа включает в себя 4 блока вопросов, которые задают пациенту до и после хирургического лечения. У больных выясняют, в какой степени тот или иной фактор, связанный с наличием катаракты, мешает им жить так, как бы им хотелось. 1-й блок вопросов ориентирован на субъективные неприятные ощущения, связанные с катарактой на догоспитальном этапе, во время выписки и в отдаленные сроки после операции. Больным задаются вопросы об интенсивности «затуманивания» зрения, наличии перед глазами «летающих мушек», двоении предметов, искажении предметов и цветового восприятия. Вопросы 2-го блока позволяют пациентам оценить свое зрение вблизи, в отдалении и на среднем расстоянии, с коррекцией и без нее. Больному задают вопросы о том, насколько трудно (в очках или без

них) читать, шить и работать с мелкими предметами, смотреть телевизор, выполнять работу по дому и на даче, переходить дорогу и ориентироваться на улице, совершать покупки. Вопросы 3-го блока задают с целью оценки социальной адаптации. Выясняют, как больной относится к необходимости обращаться за помощью к родственникам, к тому, что он вынужден реже посещать общественные мероприятия; спрашивают, сложно ли заниматься любимым делом.

Вопросы 4-го блока позволяют определить психологическое состояние пациентов в связи с проведением операции в стационаре или в амбулаторных условиях. Оцениваются осведомленность пациентов о заболевании, страх перед операцией, неудобства, связанные с закапыванием капель, экономические затраты на проезд к месту операции, на контрольные осмотры, приобретение медикаментов.

Данные исследований подтверждают преимущество амбулаторного лечения катаракты методом факоэмульсификации [3, 5]. Несомненно, вопрос о переходе на амбулаторное лечение будет решаться руководящими органами и администрацией клиники, но решение определенных задач ляжет на плечи сестринского персонала.

Исходя из данных исследования и литературы, можно сделать следующие выводы и рекомендации:

- на этапе подготовки к хирургическому лечению следует обязательно применять программы изучения качества жизни пациентов;
- на этапе доврачебной помощи медсестра должна проводить сестринское обследование пациента, сбор сестринского анамнеза, ставить сестринский диагноз и разрабатывать план оказания сестринской помощи, выясняя социальный статус пациента и его бытовые условия, способность самоухода, возможность получения амбулаторного лечения и желание посещения Школы пациента; в случае необходимости следует решать вопрос о транспортировке больного; выясняется также соматический статус пациента, наличие хронических заболеваний;
- целесообразно создание Школы пациента с разработкой тематического плана лекций и занятий; необходимо дать пациентам практические навыки проведения таких процедур, как туалет прооперированного глаза, инстиллярия глазных капель;

- большинство пациентов недостаточно информированы о заболевании и возможных послеоперационных осложнениях; задача медсестры – вести разъяснительную работу, научить пациента определять и предупреждать первые признаки осложнений;
- важно обеспечить психологический комфорт пациентов во время лечения и в реабилитационном периоде.

Сегодня назрела необходимость создания алгоритмов действий сестринского персонала при хирургическом лечении катаракты в амбулаторных условиях. Амбулаторная хирургия катаракты позволит существенно снизить сроки ожидания лечения, что в целом благоприятно скажется на качестве жизни пациентов.

Литература

1. Азнабаев Б.М. Ультразвуковая хирургия катаракты – факоэмульсификация. – М., 2005.
2. Анисимова С.Ю., Иошин И., Трубилин В.Н. и др. Eye World. – 2011; (4).
3. Денкевиц М.Н. Качество жизни больных как критерий оценки результатов факоэмульсификации катаракты, выполненной в стационарных и амбулаторных условиях. Автореферат дис. ... канд. мед. наук. – 2010.
4. Евграфов В.Ю., Батманов Ю.Е. Катаракта. – М., 2005.
5. Исакова И.А. Качество жизни больных катарактой. Автореферат дис. ... канд. мед. наук. – 2010.
6. Либман Е.С., Шахова Е.В. Слепота, слабовидение и инвалидизация по зрению в РФ. Ликвидация устранимой слепоты. Всемирная инициатива ВОЗ. Материалы межрегионального симпозиума. – Уфа, 2003. – С. 38–42.
7. Малов В. Результаты лечения и качество жизни. Мед. газета. – 2012; 20.
8. Решение тарифной комиссии Комитета по здравоохранению СПб(б) от 14.10.11.
9. Федеральный закон об обязательном медицинском страховании граждан РФ №326 от 29.11.10 (ред. от 28.07.12).

QUALITY OF LIFE IN THE ELDERLY DIAGNOSED WITH CATARACT AS A CRITERION FOR ASSESSMENT OF OUTPATIENT SURGICAL TREATMENT

A.I. Myazhitova, N.V. Turkina, Cand. Med. Sci.
REAVIZ Medical Institute, Saint Petersburg Branch

The paper shows the expediency of surgical treatment of cataract in elderly outpatients in terms of nursing care. It lists the ways of practically introducing programs to study quality of life in the patients.

Key words: cataract, surgery, patient, nursing care.