Т. 12. №11 2026
https://doi.org/10.33619/2414-2948/132

УДК 616.329-089:614.253.5:614.2 https://doi.org/10.33619/2414-2948/132/30

РОЛЬ СЕСТРИНСКОГО УХОДА В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВОДА: КЛИНИКО-ОРГАНИЗАЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

***©Токтогазиев Б. Т.**, ORCID: 0000-0001-6964-1269, SPIN-код: 4789-9952, канд. мед. наук,*
Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызстан, Toktogaziev_bakyt@mail.ru
***©Аманбеков А. А**., ORCID: 0000-0002-6803-2952, SPIN-код: 7702-3806,*
канд. мед. наук, Международная школа медицины,
г. Бишкек, Кыргызстан, amamnbekovakylbek000@gmail.com
***©Оморов Р. А**., ORCID: 0000-0002-7092-0027, SPIN-код: 3734-5612, д-р мед. наук,*
Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызстан, rahatbekomorov@mail.ru

THE ROLE OF NURSING CARE IN THE PREVENTION OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN PATIENTS UNDERGOING SURGICAL TREATMENT FOR ESOPHAGEAL DISEASES: A CLINICAL AND ORGANIZATIONAL STUDY

***©Toktogaziev B.,** ORCID: 0000-0001-6964-1269, SPIN-code: 4789-9952, Ph.D., Kyrgyz State Medical Academy named after I. Akhunbaev, Bishkek, Kyrgyzstan, Toktogaziev_bakyt@mail.ru*
***©Amanbekov A.**, ORCID: 0000-0002-6803-2952, SPIN-code: 7702-3806, Ph.D., International School of Medicine, Bishkek, Kyrgyzstan, amamnbekovakylbek000@gmail.com*
***©Omorov R.**, ORCID: 0000-0002-7092-0027, SPIN-code: 3734-5612, Dr. habil., Kyrgyz State Medical Academy named after I. Akhunbaev, Bishkek, Kyrgyzstan, rahatbekomorov@mail.ru*

Аннотация. Послеоперационные осложнения остаются одной из наиболее актуальных проблем хирургического лечения заболеваний пищевода. Даже при использовании современных малоинвазивных технологий риск развития несостоятельности анастомоза, инфекционных осложнений и других неблагоприятных событий сохраняется. Наряду с совершенствованием хирургической техники важное значение приобретает организация периоперационного ведения пациентов, в которой медицинская сестра выполняет функции непрерывного клинического наблюдения, раннего выявления осложнений и координации ухода. Цель исследования — дать комплексную оценку организации периоперационного сестринского ухода и определить его место в системе обеспечения безопасности пациентов после хирургического лечения заболеваний пищевода. Работа выполнена в 2023–2025 гг. и включала три этапа. На первом этапе проведено анкетирование 946 медицинских сестер медицинских организаций Кыргызской Республики. Второй этап предусматривал экспертный опрос 239 специалистов, работающих в области хирургии, организации здравоохранения и сестринского дела. На третьем этапе выполнен ретроспективный анализ результатов лечения 102 пациентов, перенесших минимально инвазивную эзофагэктомию с одномоментной пластикой пищевода желудочным трансплантатом. Статистическую обработку проводили с использованием IBM SPSS Statistics 26.0. Большинство медицинских сестер (89,2%) связывали безопасность пациентов с качественной организацией сестринского ухода, а 90,2% поддержали необходимость усиления практической подготовки специалистов. Эксперты также отметили значимость развития высшего сестринского образования, лидерских компетенций и участия медицинских сестер в организации лечебного процесса. В клинической группе несостоятельность эзофагогастроанастомоза зарегистрирована у 6 (5,9%) пациентов,

Тип лицензии CC: Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

Т. 12. №11 2026
https://doi.org/10.33619/2414-2948/132

послеоперационная летальность составила 2 (1,9%) случая. Полученные клинические результаты соответствовали данным специализированных центров, применяющих стандартизированные подходы к хирургическому лечению и послеоперационному сопровождению пациентов. Полученные данные позволяют рассматривать периоперационный сестринский уход как важную составляющую системы обеспечения безопасности пациентов. Стандартизация клинического наблюдения, совершенствование профессиональной подготовки медицинских сестер и развитие междисциплинарного взаимодействия создают условия для дальнейшего повышения качества специализированной хирургической помощи.

Abstract. Postoperative complications remain one of the major challenges in the surgical management of esophageal diseases. Despite substantial advances in minimally invasive esophagectomy and perioperative care, complications such as anastomotic leakage, respiratory disorders, and infectious events continue to affect short-term treatment outcomes. In this context, well-organized perioperative nursing care plays an important role in patient monitoring, early detection of clinical deterioration, and coordination of postoperative management. The study aimed to evaluate the organization of perioperative nursing care and determine its contribution to patient safety following surgical treatment of esophageal diseases using a comprehensive clinical and organizational approach. The study was conducted between 2023 and 2025 and consisted of three consecutive stages. The first stage included a nationwide survey of 946 nurses employed in healthcare institutions of the Kyrgyz Republic. During the second stage, 239 experts in surgery, healthcare management, and nursing education participated in an expert assessment. The third stage involved a retrospective analysis of 102 patients who underwent minimally invasive esophagectomy with one-stage gastric conduit reconstruction. Statistical analysis was performed using IBM SPSS Statistics version 26.0. The survey demonstrated that 89.2% of nurses considered high-quality nursing care an essential component of patient safety, while 90.2% emphasized the importance of practice-oriented professional education. The expert assessment highlighted the need to strengthen higher nursing education, leadership training, and the involvement of nurses in healthcare management. In the clinical cohort, anastomotic leakage occurred in 6 patients (5.9%), and postoperative mortality was observed in 2 patients (1.9%). These outcomes were comparable with those reported by specialized centers applying standardized perioperative management protocols. The findings indicate that well-organized perioperative nursing care should be regarded as an integral part of patient safety after esophageal surgery. Standardized clinical observation, continuous professional development of nurses, and effective multidisciplinary collaboration may contribute to improving the quality and safety of specialized surgical care.

Ключевые слова: эзофагэктомия; рубцовая стриктура пищевода; несостоятельность эзофагогастроанастомоза; периоперационное сестринское сопровождение; сестринский уход; безопасность пациентов; профилактика послеоперационных осложнений; клинико-организационное исследование.

Keywords: esophagectomy; cicatricial esophageal stricture; esophagogastric anastomotic leakage; perioperative nursing care; nursing care; patient safety; prevention of postoperative complications; clinical and organizational study.

Заболевания пищевода, требующие хирургического лечения, продолжают оставаться одной из наиболее сложных проблем современной хирургии. Несмотря на внедрение малоинвазивных технологий, совершенствование методов реконструкции пищевода и

Тип лицензии CC: Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

Т. 12. №11 2026
https://doi.org/10.33619/2414-2948/132

улучшение анестезиологического обеспечения, риск развития послеоперационных осложнений остается высоким. Наиболее серьезными из них являются несостоятельность эзофагогастроанастомоза, инфекционные осложнения, дыхательная недостаточность и нарушения нутритивного статуса, которые существенно влияют на продолжительность госпитализации, частоту повторных вмешательств и показатели летальности [1–4].

За последние годы минимально инвазивная эзофагэктомия стала одним из основных методов хирургического лечения ряда заболеваний пищевода. Применение видеоторакоскопических и лапароскопических технологий позволило уменьшить операционную травму и снизить частоту ряда послеоперационных осложнений. Вместе с тем полностью решить проблему неблагоприятного течения послеоперационного периода не удалось. Даже в специализированных центрах несостоятельность анастомоза остается одним из наиболее тяжелых осложнений и встречается, по данным разных авторов, в пределах 5–15% наблюдений [2–5].

В последние годы внимание исследователей сосредоточено не только на совершенствовании хирургической техники, но и на организации периоперационного ведения пациентов. Международные рекомендации ERAS рассматривают послеоперационный период как самостоятельный этап лечения, эффективность которого зависит от согласованной работы хирургов, анестезиологов, специалистов по клиническому питанию и медицинских сестер. Комплекс мероприятий включает раннюю мобилизацию пациента, профилактику респираторных осложнений, адекватное обезболивание, контроль нутритивной поддержки и постоянное клиническое наблюдение [5, 6].

Особое значение в реализации перечисленных мероприятий имеет деятельность медицинской сестры, поскольку именно она осуществляет непрерывное наблюдение за пациентом в послеоперационном периоде. В круг ее обязанностей входят оценка изменений клинического состояния, контроль жизненно важных показателей, наблюдение за функционированием дренажей, переносимостью энтерального питания и своевременное информирование лечащего врача при появлении признаков возможных осложнений. Благодаря постоянному мониторингу состояния пациента сестринское сопровождение способствует раннему выявлению послеоперационных нарушений и своевременной коррекции лечебной тактики [7, 8].

Совершенствование сестринского ухода неразрывно связано с развитием системы профессиональной подготовки медицинских сестер. По данным современных исследований, качество медицинской помощи во многом определяется уровнем профессиональной подготовки среднего медицинского персонала, умением применять клинические алгоритмы на практике, эффективно взаимодействовать с членами мультидисциплинарной команды и поддерживать профессиональную коммуникацию. Эти компетенции рассматриваются как важные условия обеспечения безопасности пациентов и повышения эффективности медицинской помощи [8–10].

Вместе с тем большинство исследований посвящено либо клиническим результатам хирургического лечения заболеваний пищевода, либо вопросам организации сестринской помощи. Работы, объединяющие клинические и организационные аспекты в рамках одного исследования, встречаются значительно реже. Настоящее исследование основано на комплексном подходе, сочетающем анализ непосредственных результатов хирургического лечения пациентов с заболеваниями пищевода, оценку мнения медицинских сестер и экспертную оценку специалистов. Такой дизайн позволил рассмотреть организацию периоперационного сестринского ухода как один из компонентов системы обеспечения безопасности пациентов и определить направления ее дальнейшего совершенствования.

Тип лицензии CC: Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

Т. 12. №11 2026
https://doi.org/10.33619/2414-2948/132

Цель исследования — оценить организационные аспекты периоперационного сестринского ухода и их значение для обеспечения безопасности пациентов после хирургического лечения заболеваний пищевода.

Материалы и методы

Работа выполнена как клинико-организационное исследование с использованием количественных методов сбора и анализа данных. Исследование проводилось в 2023–2025 гг. на базе Первой академической клиники Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева, Кыргызской государственной медицинской академии имени И.К. Ахунбаева и Международной школы медицины Международного университета Кыргызстана.

Исследование было организовано в три последовательных этапа, каждый из которых решал самостоятельную задачу. Исследование проводилось в три этапа. Сначала было изучено мнение медицинских сестер по вопросам организации периоперационного ухода, его качества и безопасности. Затем проведен опрос экспертов, которым предлагалось оценить существующие проблемы и определить наиболее значимые направления совершенствования сестринского сопровождения пациентов хирургического профиля. Отдельную часть работы составил ретроспективный анализ результатов хирургического лечения пациентов с заболеваниями пищевода.

В опросе участвовали 946 медицинских сестер из государственных и частных медицинских организаций Кыргызской Республики. В исследование включались специалисты, работающие по специальности не менее одного года и имеющие действующий сертификат. Участие было добровольным, анкетирование проводилось анонимно. Вопросы анкеты касались организации сестринской помощи, профессиональной самостоятельности медицинских сестер, взаимодействия с врачами, безопасности пациентов, практической подготовки и непрерывного профессионального развития. Ответы на основную часть вопросов оценивались по пятибалльной шкале Лайкерта.

В экспертном опросе приняли участие 239 специалистов. Среди них были хирурги, организаторы здравоохранения, главные и старшие медицинские сестры, а также преподаватели медицинских вузов и колледжей. Эксперты оценивали направления, которые, по их мнению, имеют наибольшее значение для совершенствования сестринского сопровождения пациентов после операций на пищеводе. В группу вошли хирурги, организаторы здравоохранения, главные и старшие медицинские сестры, а также преподаватели медицинских вузов и колледжей. Экспертам предлагалось определить наиболее значимые направления совершенствования сестринского сопровождения пациентов после хирургических вмешательств на пищеводе и оценить факторы, влияющие на безопасность медицинской помощи. Клиническая часть исследования основана на ретроспективном анализе результатов лечения 102 пациентов, которым выполнена минимально инвазивная эзофагэктомия с одномоментной пластикой пищевода желудочным трансплантатом. Основную группу составили пациенты с рубцовыми стриктурами пищевода после химических ожогов. В исследование также вошли больные с ахалазией пищевода и другими доброкачественными заболеваниями, потребовавшими реконструктивного хирургического лечения. Критериями включения являлись возраст старше 18 лет, выполнение минимально инвазивной эзофагэктомии, наличие полного объема медицинской документации и завершенное стационарное лечение. Из анализа исключали пациентов с незавершенной медицинской документацией, открытыми реконструктивными вмешательствами и повторными госпитализациями по поводу одного и того же осложнения.

Тип лицензии CC: Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

Т. 12. №11 2026
https://doi.org/10.33619/2414-2948/132

Предоперационное обследование выполняли по единому алгоритму. Оно включало эзофагогастродуоденоскопию, контрастное рентгенологическое исследование пищевода, компьютерную томографию органов грудной клетки и верхнего этажа брюшной полости, лабораторные исследования, оценку функции сердечно-сосудистой и дыхательной систем, а также определение нутритивного статуса. При необходимости назначали дополнительные инструментальные исследования и консультации специалистов.

Во всех случаях использовали единую хирургическую тактику. Операцию выполняли с применением видеоторакоскопического и лапароскопического доступов. После мобилизации пищевода формировали желудочный трансплантат с сохранением его кровоснабжения по правой желудочно-сальниковой артерии, затем выполняли реконструкцию пищевода с наложением шейного эзофагогастроанастомоза циркулярным сшивающим аппаратом.

После операции пациенты находились под наблюдением мультидисциплинарной команды. Сестринский персонал осуществлял контроль жизненно важных функций, состояния послеоперационной раны и дренажей, оценивал выраженность болевого синдрома, переносимость энтерального питания, выполнение дыхательных упражнений и раннюю мобилизацию. При появлении клинических признаков возможных осложнений информация незамедлительно передавалась лечащему врачу.

Основным критерием оценки являлась частота послеоперационных осложнений. Дополнительно анализировали случаи несостоятельности эзофагогастроанастомоза, послеоперационную летальность, инфекционные осложнения и особенности организации периоперационного сестринского сопровождения.

Статистическую обработку выполняли с использованием программы IBM SPSS Statistics version 26.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA). Категориальные данные представлены в виде абсолютных значений и процентов. Количественные показатели описывали с использованием среднего значения и стандартного отклонения либо медианы и межквартильного размаха в зависимости от характера распределения данных. Для сравнения категориальных признаков применяли критерий χ^2 Пирсона или точный критерий Фишера. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Исследование проведено в соответствии с положениями Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации (2013). Все участники анкетирования и экспертного опроса дали добровольное информированное согласие на участие в исследовании. При анализе клинических данных использовали обезличенную информацию, что обеспечивало конфиденциальность персональных данных пациентов.

Результаты и обсуждение

В исследование были включены 946 медицинских сестер, представлявших различные медицинские организации Кыргызской Республики. Среди участников исследования значительную долю составляли медицинские сестры с продолжительным стажем профессиональной деятельности. Более 20 лет по специальности работали 422 (44,6%) респондента.

Сходное распределение наблюдалось по возрасту: 444 (46,9%) участника относились к возрастной группе 45 лет и старше. Большинство опрошенных работали непосредственно в должности медицинской сестры. Старшие и главные медицинские сестры, преподаватели и специалисты других категорий были представлены в выборке в меньшей степени.

Основные социально-профессиональные характеристики респондентов приведены в Таблице 1.

Тип лицензии CC: Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

Т. 12. №11 2026
https://doi.org/10.33619/2414-2948/132

Таблица 1

СОЦИАЛЬНО-ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
УЧАСТНИКОВ ИССЛЕДОВАНИЯ (n = 946)

Показатель	*n*	*%*
Возраст		
До 25 лет	84	8,9
25–34 года	184	19,5
35–44 года	234	24,7
45 лет и старше	444	46,9
Стаж работы		
До 5 лет	174	18,4
5–10 лет	145	15,3
11–20 лет	205	21,7
Более 20 лет	422	44,6
Должность		
Медицинская сестра	713	75,4
Старшая медицинская сестра	142	15,0
Главная медицинская сестра	21	2,2
Преподаватель	14	1,5
Другие	56	5,9

Наиболее значимыми организационными проблемами респонденты считали высокую рабочую нагрузку и дефицит сестринского персонала. Более трех четвертей респондентов (77,5%) указали на чрезмерную нагрузку в повседневной работе, а 75,6% участников исследования считают, что недостаточная укомплектованность персоналом оказывает неблагоприятное влияние на качество медицинской помощи. Практически такая же доля участников исследования высказалась в пользу расширения профессиональной самостоятельности медицинских сестер (75,3%). Необходимость более активного участия среднего медицинского персонала в принятии управленческих решений поддержали 643 (68,0%) респондента. Кроме того, две трети участников исследования указали на актуальность проблемы профессионального выгорания (65,9%) (Таблица 2).

Таблица 2

ОСНОВНЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ,
ВЛИЯЮЩИЕ НА БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ (n=946)

Фактор	*Согласны, n (%)*
Высокая рабочая нагрузка	733 (77,5)
Кадровый дефицит	715 (75,6)
Необходимость профессиональной автономии	712 (75,3)
Участие в принятии управленческих решений	643 (68,0)
Эмоциональное выгорание	623 (65,9)

Высокий уровень согласия был получен и по вопросам профессиональной подготовки. Наиболее часто респонденты поддерживали практико-ориентированную модель обучения (90,2%), а также признавали ключевую роль сестринского ухода в обеспечении безопасности пациентов (89,2%). Более 80% участников исследования отметили значение симуляционного обучения, развития высшего сестринского образования и эффективной профессиональной коммуникации.

Тип лицензии CC: Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

Т. 12. №11 2026
https://doi.org/10.33619/2414-2948/132

Эти результаты свидетельствуют о высокой востребованности современных образовательных технологий и укрепления клинических компетенций медицинских сестер (Таблица 3).

Таблица 3

ОЦЕНКА РОЛИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА
И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ (n=946)

Показатель	*Согласны, n (%)*
Практико-ориентированное обучение	853 (90,2)
Медицинская сестра играет ключевую роль в безопасности пациента	843 (89,2)
Развитие сестринского дела является приоритетом	820 (86,7)
Эффективная профессиональная коммуникация	789 (83,4)
Симуляционное обучение	785 (83,0)
Высшее сестринское образование	775 (81,9)

Для уточнения полученных данных проведен экспертный опрос с участием 239 специалистов. Независимо от занимаемой должности большинство экспертов поддержали дальнейшее развитие практико-ориентированной подготовки, формирование лидерских компетенций и расширение участия медицинских сестер в организации лечебного процесса. Самую высокую поддержку получили вопросы развития лидерских качеств (87,4%) и совершенствования практической подготовки (87,0%). Необходимость расширения участия медицинских сестер в принятии управленческих решений отметили 74,1% экспертов, а развитие высшего сестринского образования поддержали 73,6% участников опроса (Таблица 4). Клиническая часть исследования включала анализ результатов хирургического лечения 102 пациентов, перенесших минимально инвазивную эзофагэктомию с одномоментной пластикой пищевода желудочным трансплантатом. Послеоперационный период у большинства больных протекал без тяжелых осложнений. Несостоятельность эзофагогастроанастомоза диагностирована у 6 (5,9%) пациентов. Послеоперационная летальность зарегистрирована в 2 (1,9%) случаях. Полученные показатели соответствуют результатам специализированных хирургических центров, применяющих современные малоинвазивные технологии и стандартизированные программы периоперационного ведения пациентов.

Таблица 4

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ПРИОРИТЕТНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ РАЗВИТИЯ
СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА (n = 239)

Показатель	*Согласны, n (%)*
Развитие лидерских компетенций	209 (87,4)
Практико-ориентированное обучение	208 (87,0)
Участие медицинских сестер в управлении	177 (74,1)
Высшее сестринское образование	176 (73,6)
Подготовка по лидерству и менеджменту	169 (70,7)

Таблица 5

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ (n = 102)

Показатель	*n*	*%*
Послеоперационный период без тяжелых осложнений	94	92,2
Несостоятельность эзофагогастроанастомоза	6	5,9
Послеоперационная летальность	2	1,9

Тип лицензии CC: Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

Т. 12. №11 2026
https://doi.org/10.33619/2414-2948/132

Полученные клинические данные свидетельствуют о том, что применение единой хирургической тактики в сочетании со стандартизированным периоперационным сестринским сопровождением позволяет обеспечить благоприятное течение послеоперационного периода у большинства пациентов. Постоянное клиническое наблюдение, своевременная оценка состояния больного, контроль нутритивной поддержки, профилактика дыхательных осложнений и раннее выявление признаков неблагоприятного течения послеоперационного периода остаются важными составляющими комплексного ведения пациентов после реконструктивных вмешательств на пищеводе. Лечение заболеваний пищевода остается одной из наиболее сложных задач современной хирургии. Даже при широком внедрении малоинвазивных технологий полностью исключить развитие послеоперационных осложнений не удается. Это подтверждается как результатами международных исследований, так и материалами настоящей работы. Частота несостоятельности эзофагогастроанастомоза среди пациентов, включенных в исследование, составила 5,9%, тогда как послеоперационная летальность не превысила 1,9%. Полученные показатели находятся в пределах значений, публикуемых ведущими специализированными центрами, где аналогичные осложнения после эзофагэктомии наблюдаются примерно у 5–10% пациентов [2–6].

Это свидетельствует о том, что применяемые хирургические подходы и организация послеоперационного наблюдения соответствуют современным требованиям специализированной помощи. В настоящее время эффективность хирургического лечения заболеваний пищевода связывают не только с совершенствованием оперативной техники. Все большее значение приобретает качество ведения пациента в послеоперационном периоде. В рекомендациях ERAS ранняя активизация больных, адекватный контроль болевого синдрома, своевременная нутритивная поддержка и постоянное клиническое наблюдение рассматриваются как взаимодополняющие элементы, оказывающие влияние на течение послеоперационного периода и конечные результаты лечения [2, 6].

Результаты настоящего исследования также подтверждают важность комплексной организации периоперационного сопровождения. Значительная часть мероприятий, входящих в программы ускоренного восстановления, проводится с участием медицинской сестры. После операции особое значение имеют наблюдение за общим состоянием пациента, контроль жизненно важных показателей, состояния дренажей и переносимости энтерального питания. Выявленные изменения фиксируются и передаются лечащему врачу. Такая организация наблюдения способствует раннему выявлению отклонений в состоянии пациента и своевременному принятию лечебных мер. Полученные данные показывают, что медицинские сестры придают большое значение организации ухода с точки зрения безопасности пациента. Почти девять из десяти респондентов указали на необходимость практико-ориентированной подготовки. Для работы в хирургическом стационаре важны не только профессиональные знания, но и практические навыки, клинический опыт и способность взаимодействовать с другими членами медицинской команды. Сходная позиция прослеживалась и в ответах экспертов. Среди приоритетных направлений они выделяли развитие высшего сестринского образования, расширение профессиональной самостоятельности медицинских сестер, а также подготовку в области лидерства и управления. Более высокий уровень подготовки создает возможности для более широкого участия медицинских сестер в организации лечебного процесса. Таким образом, роль медицинской сестры не ограничивается выполнением врачебных назначений. В современной модели оказания медицинской помощи она выступает непосредственным участником лечебного процесса, в том числе в вопросах наблюдения за

Тип лицензии CC: Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

Т. 12. №11 2026
https://doi.org/10.33619/2414-2948/132

пациентом и обеспечения его безопасности. Такой подход согласуется с современными направлениями развития сестринской практики [7–12].

Отдельного внимания требуют кадровые условия работы хирургических отделений. Среди организационных проблем респонденты чаще всего отмечали высокую рабочую нагрузку и дефицит сестринского персонала. В таких условиях сокращается время, которое медицинская сестра может уделить непосредственному наблюдению за пациентом. Это может затруднять своевременное выявление изменений его состояния и выполнение профилактических мероприятий. Аналогичные выводы приводятся в исследованиях, посвященных влиянию обеспеченности сестринским персоналом на безопасность пациентов и качество медицинской помощи [8, 10, 12].

Практическая ценность настоящего исследования заключается в объединении клинических и организационных данных в рамках единого анализа. В большинстве опубликованных работ рассматриваются либо результаты хирургического лечения, либо вопросы организации сестринской помощи. В настоящем исследовании эти направления проанализированы одновременно, что позволило оценить периоперационный сестринский уход как один из элементов системы обеспечения безопасности пациентов. Следует учитывать и ограничения проведенного исследования. При интерпретации полученных результатов необходимо учитывать ряд ограничений. Клиническая часть исследования основана на материалах одного специализированного хирургического центра и включает анализ результатов лечения 102 пациентов, что ограничивает возможность распространения выводов на другие медицинские организации. Организационный этап исследования базировался на данных анкетирования медицинских сестер и экспертного опроса, поэтому отражает профессиональные оценки участников и не позволяет сделать окончательные выводы о причинно-следственных взаимосвязях между организацией сестринского сопровождения и клиническими исходами. Перспективным направлением дальнейшей работы является проведение многоцентровых исследований с большей выборкой пациентов и более широким набором клинических показателей. Это позволит отдельно оценить вклад различных компонентов периоперационного сестринского ухода в непосредственные результаты хирургического лечения заболеваний пищевода.

Заключение

Результаты исследования указывают на значение организации периоперационного сестринского ухода при хирургическом лечении заболеваний пищевода. Непрерывное наблюдение за состоянием пациента, контроль выполнения назначений и своевременное информирование врача о выявленных изменениях являются важными составляющими послеоперационного ведения. Опрос медицинских сестер и экспертов выявил сходные позиции в отношении дальнейшего развития сестринской службы. Наиболее значимыми направлениями были названы практико-ориентированная подготовка, развитие высшего сестринского образования и лидерских компетенций, а также расширение профессиональной самостоятельности медицинских сестер. В клинической группе после минимально инвазивной эзофагэктомии несостоятельность эзофагогастроанастомоза зарегистрирована у 6 из 102 пациентов (5,9%), послеоперационная летальность — у 2 (1,9%). У 94 (92,2%) пациентов послеоперационный период протекал без тяжелых осложнений. Полученные клинические и организационные данные показывают необходимость дальнейшей стандартизации сестринского сопровождения пациентов после операций на пищеводе. Особое значение имеют единые алгоритмы наблюдения, подготовка сестринского персонала и четкое взаимодействие медицинской сестры с другими членами хирургической команды. Эти меры могут

Тип лицензии CC: Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

Т. 12. №11 2026
https://doi.org/10.33619/2414-2948/132

способствовать более раннему выявлению послеоперационных осложнений и повышению безопасности пациентов.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Список литературы:

1. Low D. E., Alderson D., Cecconello I., Chang A. C., Darling G. E., D'Journo X. B. International consensus on standardization of data collection for complications associated with esophagectomy: Esophagectomy Complications Consensus Group (ECCG) // Ann Surg. 2015. V. 262. №2. P. 286–294. https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000001098

2. Low D. E., Allum W., De Manzoni G., Ferri L., Immanuel A., Kuppusamy M. Guidelines for perioperative care in esophagectomy: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations // World J Surg. 2019. V. 43. №2 P. 299–330. https://doi.org/10.1007/s00268-018-4786-4

3. Li H., Zhuang S., Yan H., Wei W., Su Q. Risk factors of anastomotic leakage after esophagectomy with intrathoracic anastomosis // Front Surg. 2021. V. 8. P. 743266. https://doi.org/10.3389/fsurg.2021.743266

4. Famiglietti A., Lazar J. F., Henderson H., Hamm M., Malouf S., Margolis M. Management of anastomotic leaks after esophagectomy and gastric pull-up // J Thorac Dis. 2020. V. 12. №3. P. 1022–1030. https://doi.org/10.21037/jtd.2020.01.15

5. Joosten J. J., Slooter M. D., van den Elzen R. M., Bloemen P. R., Gisbertz S. S., Eshuis W. J. Perfusion assessment by fluorescence time curves in esophagectomy with gastric conduit reconstruction: a prospective clinical study // Surg Endosc. 2023. V. 37. №8. P. 6343–6352. https://doi.org/10.1007/s00464-023-10107-9

6. Tavares G., Tustumi F., Tristão L. S., Bernardo W. M. Endoscopic vacuum therapy for anastomotic leak in esophagectomy and total gastrectomy: a systematic review and meta-analysis // Dis Esophagus. 2021. V. 34. №5 P. doaa132. https://doi.org/10.1093/dote/doaa132

7. Dall'Ora C., Saville C., Rubbo B., Turner L., Jones J., Griffiths P. Nurse staffing levels and patient outcomes: a systematic review of longitudinal studies // Int J Nurs Stud. 2022. V. 134. P. 104311. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104311

8. Lasater K. B., Aiken L. H., Sloane D., French R., Martin B., Alexander M. Patient outcomes and cost savings associated with hospital safe nurse staffing legislation: an observational study // BMJ Open. 2021. V. 11. №12. P. e052899. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-052899

9. Cummings G. G., Tate K., Lee S., Wong C. A., Paananen T., Micaroni S. P. M. Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review // Int J Nurs Stud. 2018. V. 85. P. 19–60. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.016

10. Aiken L. H., Sloane D. M., Griffiths P., Rafferty A. M., Bruyneel L., McHugh M. Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care // BMJ Qual Saf. 2017. V. 26. №7. P. 559–568. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005567

11. Boamah S. A., Laschinger H. K. S., Wong C., Clarke S. Effect of transformational leadership on job satisfaction and patient safety outcomes // Nurs Outlook. 2018. V. 66. №2. P. 180–189. https://doi.org/10.1016/j.outlook.2017.10.004

12. Aiken L. H., Cerón C., Simonetti M., Lake E. T., Galiano A., Garbarini A. Hospital nurse staffing and patient outcomes in Chile: a multilevel cross-sectional study // Lancet Glob Health. 2021. V. 9. №8. P. e1145–e1153. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00209-6

Тип лицензии CC: Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

13. Тонеев Е. А., Пикин О. В., Александров О. А. Факторы риска несостоятельности анастомоза после эзофагэктомии по McKeown: одноцентровый ретроспективный анализ // Вестник хирургии имени И. И. Грекова. 2024. Т. 183. №1. С. 15–22. https://doi.org/10.24884/0042-4625-2024-183-1-15-22

14. Артемкин Э. Н., Соколов А. А., Тычинская К. С., Харитонова Л. С., Рядинская И. А., Соколов Д. В. Эндоскопическая вакуумная терапия при субтотальной несостоятельности эзофагогастроанастомоза // Доктор.Ру. 2021. Т. 20. №11. С. 52–57. https://doi.org/10.31550/1727-2378-2021-20-11-52-57

15. Ручкин Д. В., Хамидов М. М., Оконская Д. Е., Козлов В. А., Ковалерова Н. Б. Эзофагэктомия с одномоментной пластикой пищевода при сложных ожоговых стриктурах пищевода // Вестник ДГМА. 2025. №1. С. 29–38.

16. Годжелло Э. А., Булганина Н. А., Хрусталева М. В., Белисова Т. В., Васильев В. С. Первый опыт использования аутолипоаспирата в комбинированном эндоскопическом лечении сложной рубцовой стриктуры пищевода // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2022. №201. С. 128–132. https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-201-5-128-132

17. Годжелло Э. А., Белисова Т. В., Булганина Н. А., Хрусталева М. В. Плановое поддерживающее бужирование — основа комплексного эндоскопического лечения рефрактерных рубцовых стриктур пищевода и анастомозов // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2024. №225. С. 72–79. https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-225-5-72-79

18. Годжелло Э. А., Белисова Т. В., Булганина Н. А., Хрусталева М. В. Модификация классификации доброкачественных рубцовых стриктур пищевода и пищеводных анастомозов и шкалы оценки непосредственных результатов эндоскопического лечения // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2025. №237. С. 47–58. https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-237-5-47-58

19. Самаков А. А., Акматов Т. А., Сыдыгалиев К. С., Тойгонбаев А. Т., Мамбетов А. К., Бигишиев М. М. Результаты хирургического лечения постожоговых рубцовых стриктур пищевода // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. 2020. №4. С. 61–66.

20. Токтогазиев Б. Т., Белеков Т. Ж., Курманбеков Н. К., Шаршенбаева А. Ш., Эрнисова М. Э., Аманбеков А. А. Ахалазия пищевода IV степени, осложнённая рубцовой стриктурой и перфорацией, у подростка: клинический случай // Бюллетень науки и практики. 2026. Т. 12. №3. С. 288-297. https://doi.org/10.33619/2414-2948/124/35

Toktogaziev, B., Belekov, T., Kurmanbekov, N., Sharshenbayeva, A., Ernisova, M., & Amanbekov, A. (2026). Grade IV Esophageal Achalasia Complicated by Cicatricial Stricture and Perforation in a Teenager: A Clinical Case. *Bulletin of Science and Practice, 12*(3), 288-297. (in Russian). https://doi.org/10.33619/2414-2948/124/35

References:

1. Low, D. E., Alderson, D., Cecconello, I., Chang, A. C., Darling, G. E., & D'Journo, X. B. (2015). International consensus on standardization of data collection for complications associated with esophagectomy: Esophagectomy Complications Consensus Group (ECCG). *Ann Surg., 262*(2), 286–294. https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000001098

2. Low, D. E., Allum, W., De Manzoni, G., Ferri, L., Immanuel, A., & Kuppusamy, M. (2019). Guidelines for perioperative care in esophagectomy: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations. *World J Surg, 43*(2), 299–330. https://doi.org/10.1007/s00268-018-4786-4

Тип лицензии CC: Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

3. Li, H., Zhuang, S., Yan, H., Wei, W., & Su, Q. (2021). Risk factors of anastomotic leakage after esophagectomy with intrathoracic anastomosis. *Front Surg, 8,* 743266. https://doi.org/10.3389/fsurg.2021.743266

4. Famiglietti, A., Lazar, J. F., Henderson, H., Hamm, M., Malouf, S., & Margolis, M. (2020). Management of anastomotic leaks after esophagectomy and gastric pull-up. *J Thorac Dis., 12*(3), 1022–1030. https://doi.org/10.21037/jtd.2020.01.15

5. Joosten, J. J., Slooter, M. D., van den Elzen, R. M., Bloemen, P. R., Gisbertz, S. S., & Eshuis, W. J. (2023). Perfusion assessment by fluorescence time curves in esophagectomy with gastric conduit reconstruction: a prospective clinical study. *Surg Endosc., 37*(8), 6343–6352. https://doi.org/10.1007/s00464-023-10107-9

6. Tavares, G., Tustumi, F., Tristão, L. S., & Bernardo, W. M. (2021). Endoscopic vacuum therapy for anastomotic leak in esophagectomy and total gastrectomy: a systematic review and meta-analysis. *Dis Esophagus, 34*(5), doaa132. https://doi.org/10.1093/dote/doaa132

7. Dall'Ora, C., Saville, C., Rubbo, B., Turner, L., Jones, J., & Griffiths, P. (2022). Nurse staffing levels and patient outcomes: a systematic review of longitudinal studies. *Int J Nurs Stud., 134*, 104311. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104311

8. Lasater, K. B., Aiken, L. H., Sloane, D., French, R., Martin, B., & Alexander, M. (2021). Patient outcomes and cost savings associated with hospital safe nurse staffing legislation: an observational study. *BMJ Open, 11*(12), e052899. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-052899

9. Cummings, G. G., Tate, K., Lee, S., Wong, C. A., Paananen, T., & Micaroni, S. P. M. (2018). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review. *Int J Nurs Stud., 85*, 19–60. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.016

10. Aiken, L. H., Sloane, D. M., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Bruyneel, L., & McHugh, M. (2017). Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Qual Saf., 26*(7), 559–568. https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005567

11. Boamah, S. A., Laschinger, H. K. S., Wong, C., & Clarke, S. (2018). Effect of transformational leadership on job satisfaction and patient safety outcomes. *Nurs Outlook, 66*(2), 180–189. https://doi.org/10.1016/j.outlook.2017.10.004

12. Aiken, L. H., Cerón, C., Simonetti, M., Lake, E. T., Galiano, A., & Garbarini, A. (2021). Hospital nurse staffing and patient outcomes in Chile: a multilevel cross-sectional study. *Lancet Glob Health, 9*(8), e1145–e1153. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00209-6

13. Toneev, E. A., Pikin, O. V., & Aleksandrov, O. A. (2024). Faktory riska nesostoyatel'nosti anastomoza posle ezofagektomii po McKeown: odnotsentrovyi retrospektivnyi analiz. *Vestnik khirurgii imeni I. I. Grekova, 183*(1), 15–22. (in Russian). https://doi.org/10.24884/0042-4625-2024-183-1-15-22

14. Artemkin, E. N., Sokolov, A. A., Tychinskaya, K. S., Kharitonova, L. S., Ryadinskaya, I. A., & Sokolov, D. V. (2021). Endoskopicheskaya vakuumnaya terapiya pri subtotal'noi nesostoyatel'nosti ezofagogastroanastomoza. *Doktor.Ru, 20*(11), 52–57. (in Russian). https://doi.org/10.31550/1727-2378-2021-20-11-52-57

15. Ruchkin, D. V., Khamidov, M. M., Okonskaya, D. E., Kozlov, V. A., & Kovalerova, N. B. (2025). Ezofagektomiya s odnomomentnoi plastikoi pishchevoda pri slozhnykh ozhogovykh strikturakh pishchevoda. *Vestnik DGMA,* (1), 29–38. (in Russian).

16. Godzhello, E. A., Bulganina, N. A., Khrustaleva, M. V., Belisova, T. V., & Vasil'ev, V. S. (2022). Pervyi opyt ispol'zovaniya autolipoaspirata v kombinirovannom endoskopicheskom lechenii slozhnoi rubtsovoi striktury pishchevoda. *Eksperimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya,* (201), 128–132. (in Russian). https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-201-5-128-132

Тип лицензии CC: Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

17. Godzhello, E. A., Belisova, T. V., Bulganina, N. A., & Khrustaleva, M. V. (2024). Planovoe podderzhivayushchee buzhirovanie — osnova kompleksnogo endoskopicheskogo lecheniya refrakternykh rubtsovykh striktur pishchevoda i anastomozov. *Eksperimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya,* (225), 72–79. (in Russian). https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-225-5-72-79

18. Godzhello, E. A., Belisova, T. V., Bulganina, N. A., & Khrustaleva, M. V. (2025). Modifikatsiya klassifikatsii dobrokachestvennykh rubtsovykh striktur pishchevoda i pishchevodnykh anastomozov i shkaly otsenki neposredstvennykh rezul'tatov endoskopicheskogo lecheniya. *Eksperimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya,* (237), 47–58. (in Russian). https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-237-5-47-58

19. Samakov, A. A., Akmatov, T. A., Sydygaliev, K. S., Toigonbaev, A. T., Mambetov, A. K., & Bigishiev, M. M. (2020). Rezul'taty khirurgicheskogo lecheniya postozhogovykh rubtsovykh striktur pishchevoda. *Vestnik KGMA im. I.K. Akhunbaeva,* (4), 61–66. (in Russian).

20. Toktogaziev, B., Belekov, T., Kurmanbekov, N., Sharshenbayeva, A., Ernisova, M., & Amanbekov, A. (2026). Grade IV Esophageal Achalasia Complicated by Cicatricial Stricture and Perforation in a Teenager: A Clinical Case. *Bulletin of Science and Practice, 12*(3), 288-297. (in Russian). https://doi.org/10.33619/2414-2948/124/35

Поступила в редакцию
09.09.2026 г.

Принята к публикации
16.09.2026 г.

Ссылка для цитирования:

Токтогазиев Б. Т., Аманбеков А. А., Оморов Р. А. Роль сестринского ухода в профилактике послеоперационных осложнений у пациентов после хирургического лечения заболеваний пищевода: клинико-организационное исследование // Бюллетень науки и практики. 2026. Т. 12. №11. С. 269-281. https://doi.org/10.33619/2414-2948/132/30

Cite as (APA):

Toktogaziev, B., Amanbekov, A., & Omorov, R. (2026). The Role of Nursing Care in the Prevention of Postoperative Complications in Patients Undergoing Surgical Treatment for Esophageal Diseases: A Clinical and Organizational Study. *Bulletin of Science and Practice, 12*(11), 269-281. (in Russian). https://doi.org/10.33619/2414-2948/132/30

Тип лицензии CC: Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)