

## Роль медицинских сестер в оказании комплексной медицинской помощи при лечении пациентов с сахарным диабетом 2 типа

И. Г. Калинина<sup>1</sup>, А.В. Хасина<sup>2</sup>, М. Шпигельман<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Региональная общественная организация медицинских сестер Москвы,

<sup>2</sup>«МАС-менеджмент»,

<sup>3</sup>NP MPH, Леумит, Израиль

### Информация об авторах

1. Калинина Ирина Геннадиевна, президент региональной общественной организации медицинских сестер г. Москвы, <https://orcid.org/0000-0002-1533-2601>

2. Хасина Анна Владимировна, психолог, тренер в сфере здравоохранения, общения и управления стрессом, исполнительный директор «МАС-менеджмент», MBA, <https://orcid.org/0000-0002-3249-803X>

3. Шпигельман Мириям, NP MPH, магистр общественного здравоохранения, старшая медсестра специалист по лечению диабета, зав. отделением хронических заболеваний, больничная касса Леумит, центральный округ, Израиль, <https://orcid.org/0000-0002-1978-6264>

### Резюме

В статье представлены рекомендации по организации работы диабетических медсестер для улучшения оказания медицинской помощи пациентам с сахарным диабетом второго типа (СД2). Современный подход к сопровождению пациентов с СД2 основан на выделении диабетических медсестер и наделении их широкими полномочиями, включая первичный доврачебный осмотр, рутинный мониторинг состояния пациентов, принятие решений по поддерживающей и профилактической терапии. Приведенный анализ позволяет заключить, что выделение диабетических медсестер – лучшая практика для реализации задач ранней диагностики и профилактики осложнений. Подробно проанализирована организация работы «диабетических медсестер» на примере здравоохранения Израиля.

**Ключевые слова:** медицинская сестра, СД2, сахарный диабет, профилактика, доврачебный осмотр, эндокринологическая служба, подготовка медицинских сестер.

### Для цитирования:

Калинина И.Г., Хасина А.В., Шпигельман М. Роль медицинских сестер в оказании комплексной медицинской помощи при лечении пациентов с сахарным диабетом 2 типа. Медицинская сестра. 2020. 6 (22): 42–49.

DOI: <https://doi.org/10.29296/25879979-2020-06-08>

**Nurses' role in complex medical help providing while treating on type II diabetes-patients'**

I.G. Kalinina, A.V. Khasina., M. Shpigelman

### Information about the authors

1. Irina G.Kalinina, president of Moscow Regional Nurses' Public Organisation, <https://orcid.org/0000-0002-1533-2601>

2. Anna V. Khasina, psychologist, coach in healthcare communication and stress management <https://orcid.org/0000-0002-3249-803X>

3. Mariam Shpigelman, NP MPH, Senior Nurse, Diabetes Treating specialist, Head of Chronic diseases Department, The Leumit Customer Service Center, Central District, Israel <https://orcid.org/0000-0002-1978-6264>

### Abstract

The article provides recommendations for health care organizations about the role of diabetic nurses in management and improving the quality of care for type 2 diabetes patients. The recommended systematic approach for support and treatment of T2DM patients is based on the Chronic Care and Patient Centred Models and means that the wide range of diabetes nurses' credentials, including initial pre-medical examination, routine monitoring of patients, decision-making on changing the routine and self care therapy, allow them to be the Case Coordinators. The above analysis allows us conclude that diabetic nurses' management is the best practice for the early diagnosis selfcare management and complication prevention. The management of «diabetic nurses» work is analysed in detail on the example of healthcare system of Israel.

**Key words:** the nurse, type 2 diabetes, diabetes mellitus, prophylaxis, first-aid examination, endocrinological service, nurses' education.

### For citation

Kalinina I. G., Khasina A. V., Shpigelman M. Nurses' role in complex medical help providing while treating on type II diabetes-patients' The Nurse, 2020; 6 (22): 42–49. DOI: <https://doi.org/10.29296/25879979-2020-06-08>

Сахарный диабет 2 типа (СД2) – хроническое заболевание, связанное с развитием инсулинорезистентности. Согласно данным ВОЗ, в 2016 году в мире от СД2 страдало 360 млн человек [21], в России – 3,6 млн человек [22].

Для заболевания характерно медленное развитие симптоматики. При этом уже на ранних этапах нарушений углеводного обмена значительно возрастают риски сердечно-сосудистых событий (инфарктов, инсультов). Среди причин смерти у больных СД2 на первом месте стоит сердечная недостаточность [23]. В этой связи ключевыми задачами в управлении СД2 являются ранняя диагностика и профилактика осложнений за счет соблюдения пациентом лечебного плана.

Лечебный план включает в себя мероприятия по улучшению прогноза жизни пациента: контроль углеводного обмена, состояния сердечно-сосудистой системы, прием медикаментозных препаратов по назначению врача, соблюдение немедикаментозных назначений (изменение образа жизни, отказ от вредных привычек, диетотерапия, физические нагрузки, контроль психо-эмоционального состояния), а также мониторинг осложнений со стороны органа зрения, нервной системы, липидного обмена, функции почек и состояния ног.

Многофакторный патогенез осложнений сахарного диабета требует участия в лечении мультидисциплинарной команды специалистов [8]. Лучшей практикой в настоящее время признан интегрированный подход к управлению диабетом, позволяющий повысить качество контроля [19] и снизить количество предотвратимых госпитализаций по поводу осложнений, связанных с диабетом [20]. Так, в Великобритании мультидисциплинарная команда по диабету состоит из врача-диabetолога, диабетической медсестры, диетолога, ортопеда, офтальмолога и клинического психолога [3].

Диабетические медсестры (Diabetes Specialist Nurse - DSN) - это «специалисты с высшим медсестринским образованием, являющиеся клиническими экспертами по диабету и работающие исключительно в области лечения диабета» [5]. Международные данные свидетельствуют о том, что диабетические медсестры играют ключевую роль в поддержке комплексного лечения СД2. В то время как задача врача – составить план лечения диабета, диабетические медсестры берут на себя:

- информирование и обучение пациентов группы риска по вопросам профилактики СД2,
- скрининговое обследование и раннее выявление СД2,
- информирование пациента по всем вопросам, связанным с заболеванием, в том числе – ответы на вопросы пациента после визита к врачу,
- поддержка пациента и его семьи,
- контроль параметров психического здоровья,

- коррекцию нарушений метаболических функций,
- профилактика и лечение диабетической стопы,
- управление болью (Pain Management),
- профилактику и лечение диабетических осложнений,
- мониторинг уровня глюкозы в крови,
- корректировку лекарственной терапии (оральной и инъекционной),
- выявление и лечение гипо- и гипергликемии,
- контроль артериального давления и ЧСС,
- обучение пациента уходу за собой и необходимым навыкам лечения.

Одной из проблем в лечении пациентов с СД2 является низкий комплаенс (приверженность назначениям) пациентов. Нарушения в контроле уровня глюкозы в крови, поддержании здорового образа жизни, приеме медикаментов приводят к развитию осложнений у пациентов. Развившиеся осложнения требуют привлечения ресурсов – приема у специалистов, манипуляций, госпитализаций, что увеличивает стоимость лечения диабета и создает дополнительную нагрузку на систему здравоохранения. Кроме того, доказано, что увеличение частоты госпитализаций достоверно ассоциировано с сокращением продолжительности жизни больного.

Развитие ориентации на персонализированную медицинскую помощь диктует необходимость сделать задачи оценки и пересмотра оказываемых пациенту объемов медицинской помощи частью функционала диабетических медсестер. Так, согласно обзору, в ряде стран реализована практика, когда диабетические медсестры самостоятельно (без участия врача) осуществляют корректировку и подбор лекарств для пациентов с диабетом на основании протоколов ведения. Это приводит к снижению длительности пребывания пациентов в стационаре, уменьшению количества осложнений, снижению расходов на лечение и повышению удовлетворенности пациентов.

Таким образом, диабетическая медсестра становится центральной фигурой мультидисциплинарной команды по лечению диабета. Росс и соавт. сообщили, что диабетические медсестры имеют более целостное представление о пациентах, чем их коллеги. Они также предполагают, что диабетические медсестры принимают решения более высокого уровня, и вместо того, чтобы просто следовать протоколу, они принимают во внимание клиническую сложность лечения каждого пациента. Сообщается также, что диабетические медсестры отвечают за координацию междисциплинарных команд, в частности, за организацию соблюдения планов по уходу. Таким образом, диабетические медсестры обеспечивают непрерывность

лечения. Остановимся подробнее на образовательной функции медсестер во взаимодействии с пациентами с СД2. Диабет – хроническое состояние, требующее от пациента ежедневного дисциплинированного выполнения мероприятий по уходу за собой. Задача диабетических медсестер – предоставить пациентам, страдающим диабетом, инструменты и постоянную поддержку, необходимую для соблюдения плана лечения диабета в повседневной жизни. В рамках этой цели диабетические медсестры обучают пациентов по следующим вопросам:

- профилактика и управление СД2 через изменение образа жизни:
  - поддержание сбалансированной диеты,
  - стратегии снижения веса,
  - организация регулярных физических упражнений,
  - снижение уровня холестерина,
  - контроль артериального давления и пульса,
  - отказ от курения и ограничение потребления алкоголя;
- корректное использование глюкометра, правильное заполнение дневника самоконтроля;
- прием лекарств от диабета, в том числе самостоятельное выполнение инъекций инсулина;
- стратегии борьбы с побочными реакциями на инъекции инсулина;
- распознавание симптомов гипо- и гипергликемии и адекватные ответные действия;
- проверка ног на наличие повреждений и своевременное обращение за медицинской помощью.

Таким образом, большая часть образовательных интервенций диабетических медсестер направлена на то, чтобы обеспечить пациенту возможность самостоятельного управления диабетом в домашних условиях. Обучение чаще всего происходит в ходе индивидуальных образовательных бесед с пациентом или дополнительно с членами семьи или лицами, обеспечивающими уход.

Самостоятельное управление диабетом является для пациентов физически, эмоционально, социально и интеллектуально сложным процессом. Помимо информирования, обучения и контроля, фактором успеха являются доверительные отношения, которые формируют диабетические медсестры со своими пациентами. В исследовании Ловмен и соавт. было обнаружено, что пациенты предпочитают обращаться к диабетическим медсестрам, а не к врачам, поскольку диабетические медсестры считают важным помогать пациентам с диабетом чувствовать себя в безопасности и поддерживать в пациентах веру в свои силы. Ради достижения этих целей диабетические медсестры используют следующие стра-

тегии: вдохновляющее обучение, эмпатия и поддержка, построение терапевтических взаимоотношений с пациентами, медицинский коучинг.

Таким образом, выделение диабетических медсестер и наделение их широкими полномочиями в отношении лечения пациентов с СД2 признано лучшей мировой практикой. При этом факторами успеха:

- глубокие знания медсестер в области профилактики и лечения СД2,
- доступ к ресурсам (информационным, технологическим, IT-инфраструктурным, материальным),
- достаточное время на установление доверительного контакта и общение с каждым пациентом,
- повышение квалификации и обмен опытом с коллегами.

#### **Реализация модели комплексного подхода к лечению пациентов с СД2 силами диабетических медсестер (Израиль)**

В Израиле, согласно данным Национального Института Здоровья (Минздрав Израиля), от СД2 страдает 9% пациентов 18-35 лет, 13,9% пациентов 35-65 лет и свыше 25% пациентов 65 лет и старше. СД2 находится на четвертом месте среди причин смерти. Министерство здравоохранения Израиля видит огромную важность в предотвращении СД2 и осложнений этой болезни, и для этого действует в нескольких направлениях:

1. Создание национальной базы зарегистрированных случаев СД2 в Национальном центре по контролю заболеваемости при Министерстве здравоохранения с целью улучшения отслеживаемости заболевания СД2 и оптимизации планирования медицинской помощи пациентам с СД2,
2. Продвижение программы по лечению пациентов с преддиабетом,
3. Реализация национальной программы по борьбе с СД2.

Национальная программа по борьбе с сахарным диабетом является исчерпывающей и всеобъемлющей и включает в себя:

1. продвижение активного и здорового образа жизни;
2. стандартизацию уровня гликированного гемоглобина для выявления и лечения пациентов с СД2 на раннем этапе;
3. преемственность амбулаторного и госпитального этапов лечения пациентов.

Частью национальной программы является программа по обучению диабетических медицинских сестер, способных работать в мультидисциплинарной команде специалистов и активно участвовать в лечебном процессе.

Многочисленные исследования подчеркивают важность комплексного подхода к лечению диабета. Комплексный подход направлен на улучшение ухода за пациентом, а также на управление психосоциальными и культурными аспектами, составляющими основу взаимопонимания и доверительного отношения с пациентом.

Комплексный подход может быть реализован только силами мультидисциплинарной команды специалистов. Роль диабетической медсестры - отвечать за планирование, координацию и лечение пациентов на всех стадиях заболевания, представляя терапевтические варианты для конкретного пациента и, при необходимости, направляя его к соответствующим специалистам, а также координировать усилия специалистов.

В ходе реализации данной роли диабетическая медсестра выполняет следующие задачи:

1. сбор сестринского анамнеза,
2. учет специфических факторов, касающихся выбора алгоритма лечения (возраст-сопутствующие заболевания и т.п.),
3. выбор целей лечения по SMART,
4. реализация лечения, в том числе – с использованием информационных и телемедицинских технологий,
5. обучение, поддержка, корректировка и сопровождение пациента на всех этапах лечения,
6. обеспечение слаженной работы мультидисциплинарной команды.

Подход к лечению диабета должен отвечать принципам пациентоцентричности:

- принятие с пациентом совместных решений о лечении,
- построение персонализированной программы лечения, соответствующей нуждам и возможностям пациента,
- развитие доверительных отношений между пациентом и диабетической медсестрой,
- активное внимание и обеспечение поддержки при каждой встрече с пациентом.

В Израиле для комплексного подхода к лечению диабета по стандартам 21-го века используется модель Chronic Care Model. В рамках модели приоритетами диабетической медсестры являются:

- воспитание и поддержание здорового образа жизни у пациентов,
- обучение навыкам самоконтроля,
- выработка четкого плана сестринского ухода,
- формирование мотивации для изменения образа жизни, обучение, пациентов и членов их семей приемам контроля над сахарным диабетом,
- обучение правильному уходу за стопами,
- скрининговое обследование пациентов,

- предотвращение осложнений диабета,
- терапевтическое общение и психологическая поддержка.

Остановимся подробнее на специфике общения диабетической медсестры с пациентом с СД2. Одним из ведущих инструментов, находящемся в арсенале медсестры, является способность к терапевтической коммуникации, выражающейся в активном слушании, сопереживании и получение положительного эффекта от каждой встречи с пациентом. Результаты исследования, проведенного в Университетском центре Kaiser Permanente Medical продемонстрировали, что постоянное и регулярное наблюдение медсестрой за ходом лечения пациента способствовало значительному улучшению показателей здоровья. Показатель гликозилированного гемоглобина (HbA1c) снизился с 10% до 7,5%, также значительно улучшились метаболические показатели. Кроме того, повысилась способность больных самостоятельно управлять процессом лечения, наблюдалось значительное улучшение здоровья пациентов благодаря регулярной поддержке в ходе личного взаимодействия и по телефону. Помимо центральной роли пациента данное исследование подчеркивает важность запланированных систематических наблюдений медсестры.

У пациентов с СД2 могут возникать осложнения из-за невосприимчивости пациента к лечению, из-за отсутствия у пациентов соответствующих знаний о заболевании и необходимости его лечения. Разработка внимательного и терпеливого подхода базируется на двух принципах: во-первых, установление доверительных отношений с пациентом и предоставление ему возможности свободно рассказывать о своих проблемах, потребностях и, возникающем иногда чувстве вины и стыда. Для этого необходимо создать доверительные отношения с пациентом, использовать партнерский, а не патерналистский подход.

Исследования показали, что лучшим фактором повышение качества самоконтроля у больного диабетом является продолжительность времени общения с диабетической медсестрой. Такой подход также совпадает с методом TPE-RN (Терапевтическое обучение пациентов), признанным наилучшей практикой в лечении хронических заболеваний. Метод состоит в стимулировании пациента к самостоятельному контролю течения диабета и, таким образом, достижении оптимального качества жизни.

Важность общения с пациентом проявляется на каждом этапе взаимодействия диабетической медсестры с пациентом: в ходе оценки состояния пациента, постановки терапевтических целей, проведения рекомендованных процедур, сбора и документирования сестринского анамнеза. Так, например, сбор сестринского анамнеза проводится

через призму эмоций, сомнений и приоритетов пациента. Примеры вопросов сестринского анамнеза, использующего коммуникативные практики:

- Что является самым сложным для вас, как для человека с сахарным диабетом?
- Знакомы ли вы с другими людьми, страдающими от диабета? Как они с этим справляются?
- Есть ли у вас помимо диабета другие проблемы со здоровьем? Как вы с ними справляетесь?
- Почему для вас важно урегулировать уровень глюкозы в крови?
- Есть ли в вашей религии или культуре заповеди и принципы, противоречащие лечению диабета?
- Сталкивались ли вы когда-либо с финансовыми трудностями при получении продуктов, приборов и лекарств от диабета?

В ходе реализации своих профессиональных обязанностей диабетическая медсестра сталкивается со следующими сложностями:

- постоянный устойчивый рост числа пациентов с СД2, в том числе – рост заболеваемости среди молодых людей,
- внедрение в практику ведения пациентов новых методов, сложных технологий и инновационных видов лечения, требующих постоянного обновления знаний и совершенствования терапевтических навыков. В первую очередь, речь идет об использовании компьютерного программного обеспечения для декодирования результатов самоконтроля пациента и данных инсулиновой помпы,
- необходимость играть лидирующую роль в координации усилий многих специалистов мультидисциплинарной команды в ходе лечения пациента.

Все это требует от диабетической медсестры развитых профессиональных и лидерских навыков.

В Израиле обучение диабетических медсестер является стандартизованным на уровне министерства здравоохранения а также на уровне государственных медицинских организаций.

Больницы и амбулаторные службы, т.н. больничные кассы, ежегодно проводят курсы повышения квалификации, а также посылают медсестер на длительное дополнительное обучение в сфере диабетологии, для того чтобы в будущем использовать приобретенные медсестрами навыки в работе. Медсестры могут быть зачислены на обучение при условии успешной сдачи вступительного экзамена. По окончании обучения медсестры получают сертификат и фиксируются в министерстве здравоохранения.

Профессиональное развитие диабетических медсестер происходит следующим образом:

- медсестра, работающая в организации здравоохранения 1 уровня (первичная амбулаторная помощь или непрофильное отделение в больнице), как правило, оканчивает курс первичной помощи пациенту с СД2 (20-30 часов) и обладает знаниями в области профилактической медицины, а также навыками сбора первичного медсестринского анамнеза и построения дальнейшей лечебной стратегии на ближайший период, направления к специалистам и проведения подологического осмотра,
- медсестра, работающая в организациях здравоохранения 2 уровня (эндокринологический центр), обязана окончить годичный курс повышения квалификации (400 часов обучения и 300 часов практики) и имеет право изменять дозы лекарств на 50%, изменять дозы инсулина на 20%, изменять время приема лекарств; Важно отметить, что любая медсестра имеет право по собственной инициативе пройти обучение на данных курсах и продолжать работать на своем месте работы,
- медсестра-наставник (обучение 1.5 года после магистратуры и самостоятельной практики с обязательным наставничеством) помимо всего прочего имеет право выписывать направления на анализы, считывать данные с помпы и сенсора, вести самостоятельный прием, а также самостоятельно выписывать лекарства пациенту. В Израиле на данный момент имеется 35 медсестер-наставников.

Роль медицинской сестры в эндокринологической службе на амбулаторном этапе (Россия)

В Москве пациентам с эндокринными заболеваниями оказывается трехуровневая медицинская помощь: первичная медико-санитарная, первичная специализированная медико-санитарная и специализированная, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь. В первичном звене развивается служба врачей общей практики, но также работают врачи-эндокринологи поликлиник – это первый уровень. Для записи в ЕМИАС это второй уровень, потому что запись осуществляется через терапевта, но, по сути и по московскому стандарту – первый уровень. Если говорить о лечении СД2, то, конечно, можно сказать об эндокринологе, как о специалисте 2 уровня, т.к. по приказу (приказ МЗ РФ от 29.03.2019г. № 173н) такие пациенты наблюдаются у терапевта. Вторым уровнем – заведующий эндокринологическим отделением и окружной специалист. На втором уровне специализированная амбулаторная помощь оказывается в отделениях эндокри-

нологии амбулаторно-поликлинических центров. По установленным стандартам в них должны функционировать школы диабета и кабинеты диабетической стопы. Третий уровень – эндокринологические отделения больниц и городской эндокринологический диспансер, который является головным консультативно-диагностическим ЛПУ в системе городского здравоохранения.

На сегодняшний день все столичные поликлиники перешли на новый стандарт работы. Целью стандарта является повышение качества лечения и обслуживания, удовлетворенности пациентов, эффективности работы медицинских работников и изменение имиджа столичного здравоохранения.

Внедрена система приёма пациентов средним медицинским персоналом (без участия врача) на «Сестринском посту» для выписки медицинских документов (различные справки, санаторно-курортные карты), измерения АД и других процедур, не требующих участия врача. Данные посещения составляют до 50% всех приемов пациентов и их выполнение на «сестринских постах» значительно снижает нагрузку на врачей и позволяет им заниматься непосредственно лечением.

«Сестринский пост» входит в состав терапевтического или профильного отделения, обеспечивает формирование и распределение потоков пациентов по цели обращения в поликлинику, оформление медицинской документации по назначению врача-терапевта участкового и врачей-специалистов, запись на прием к врачу в системе ЕМИАС.

На «Сестринский пост» были выведены медицинские сестры из кабинетов врачей, не требующих специального режима (терапия, кардиология, неврология, в том числе и эндокринология). А к пациентам эндокринологического профиля требуется особенное отношение, и немаловажную роль в качестве жизни больных сахарным диабетом играет грамотная и эффективная организация сестринского дела.

Борьба с сахарным диабетом и его осложнениями зависит не только от согласованной работы всех звеньев специализированной медицинской службы, но и от самих больных, без участия которых невозможно создать высокий уровень качества их жизни.

Впервые медицинские сестры начали принимать участие в лечении пациентов с сахарным диабетом в 1924 г. Два года ранее стала доступна инсулинотерапия, и американский врач-эндокринолог Эллиот Проктор Джослин впервые заговорил о том, что «нехватка обучения также опасна, как и нехватка инсулина». Он призвал активно привлекать медицинских сестер к обучению пациентов, назвав диабет «болезнью преимущественно для сестер».

Рассмотрим эндокринологическую службу одного из современных амбулаторных центров. Служба представлена 8 врачами, медицинские сестры выведены с приема. На начало 2020г. на учете состоит 6803 (в сравнении 01.01. 2019- 6002) - пациента с эндокринными заболеваниями, из них на учете по сахарному диабету 6369 (01.01. 2019- 5819). А впервые за год выявлено 563 чел. Количество пациентов с каждым годом увеличивается. Время приема одного пациента составляет 15 минут. За это время врач должен провести осмотр и интерпретировать результаты исследований, скорректировать лечение и занести данные в регистр. Все это говорит о том, что нагрузка на врача-эндокринолога постоянно возрастает.

Профилактической работой врачу заниматься некогда. Возникает вопрос – кто ведет диспансерный учет таких пациентов, вызывает на контрольный прием, оценивает состояние пациентов с лёгкой формой течения и обучает их, направляет на плановые контрольные обследования согласно стандарту и алгоритмам ведения пациента с сахарным диабетом перед приемом врача-специалиста?

Данное серьезное заболевание требует от медицинского персонала обязательного обучения больных принципам самоконтроля.

И вот здесь мы говорим о важной роли сестринского персонала в эндокринологической службе. Не обязательно на приеме с врачом. Можно рассмотреть варианты доврачебного эндокринологического приема и создание Школ диабета, которые будут вести медицинские сестры, основной целью которых является улучшение качества жизни и активное долголетие пациентов.

Оказание сестринской помощи больным сахарным диабетом необходимо формировать с применением системного подхода, который включает в себя следующие аспекты деятельности среднего медицинского персонала:

- общий уход,
- обучение пациентов и членов их семьи,
- подиатрический уход,
- междисциплинарное взаимодействие.

Основной задачей Школы диабета является максимальное знакомство пациентов со своим заболеванием, причинами возникновения, критериями диагностики, возможностями его лечения, правильным питанием и профилактикой осложнений. Основу лечебных мероприятий, направленных на компенсацию сахарного диабета, представляют три главных принципа:

1. Коррекция гликемических показателей,
2. Регулирование сосудисто-метаболических нарушений,
3. Профилактика и своевременное лечение осложнений.

Претворение в жизнь данных принципов осуществляется, исходя из пяти основных позиций:

1. питанию при сахарном диабете отведена партия «первой скрипки»,
2. система физических упражнений, адекватная и индивидуально подобранная, идет вслед за диетой (консультация врача в соответствии с тяжестью заболевания),
3. таблетированные лекарственные препараты, снижающие уровень глюкозы, в основном, применяются для лечения СД2,
4. инсулинотерапия назначается при СД2 в случае необходимости,
5. обучение пациентов для осуществления самоконтроля (навыки взятия крови из пальца, использование глюкометра, введение инсулина без посторонней помощи).

Доврачебный прием медицинской сестры включает в себя:

- назначение необходимых исследований в соответствии с состоянием пациента и согласно стандартам и алгоритмам,
- экспресс-исследование гликемии и контроль АД,
- выписка лекарственных препаратов (не требуется коррекция лечения, состояние пациента стабильно),
- организация и повышение качества ухода,
- формирование мотивации для изменения образа жизни, обучение пациентов и членов их семей приемам контроля за сахарным диабетом, само- и взаимопомощи, обучение правильному уходу за стопами,
- контроль диспансеризации больных, планирование посещений врачей-специалистов, диспансеризация на дому,
- социально-психологическая поддержка пациентов и их родственников;
- преемственность в работе с эндокринологической службой, кабинетом подиатра, ортопедической коррекции, школой для больных диабетом, офтальмологической и хирургической службой и т.д.,
- ведение медицинской документации, участие в заполнении регистра больных и научной работе, подготовка методических материалов для обучения больных и медицинского персонала,
- направление на прием к врачу в случае изменения или ухудшения состояния, для коррекции медикаментозного лечения, решения вопроса о дополнительных методах обследования, плановой или экстренной госпитализации, консультации

в учреждениях третьего уровня системы ДЗМ или федерального подчинения.

Воспитание и поддержание здорового образа жизни среди пациентов с сахарным диабетом - нелегкая задача. Чтобы успешно с ней справиться, медицинской сестре помимо профессионального образования и опыта, требуется обучение в области психологии и педагогики, а также дополнительные временные затраты на «не медицинскую работу», которые могут сильно отличаться в зависимости от особенностей пациента. Необходимость дополнительного времени для работы с эндокринологическими пациентами должна быть учтена руководителями здравоохранения.

Важно разработать единые стандартные алгоритмы оказания сестринской помощи, что позволит обеспечить высокое качество обслуживания. Как показывает опыт зарубежных и отечественных центров, занимающихся проблемами осложненного течения сахарного диабета, обучение больных и подиатрический уход позволяют уменьшить число ампутаций при сахарном диабете. Мотивация пациентов, воспитание новых полезных привычек и поддержание здорового образа жизни – нелегкая задача, которую нужно решать в первую очередь силами среднего медицинского персонала.

Врач, медицинская сестра и пациент при таком подходе будут ощущать себя единой командой в борьбе с сахарным диабетом. Медики будут достаточно ориентированы по ведению каждого пациента, зная индивидуальные показатели здоровья каждого.

В данном проекте возрастет престиж медицинской сестры. Медицинские сестры будут не только заняты разного рода бумажной работой и вести регистр прикрепленных пациентов, но и осуществлять контроль за лечением (анализ уровня гликемии по дневникам самоконтроля, интерпретация анализов, и т.д.), активно участвовать в реализации немедикаментозных методов лечения, давая подробные пояснения по режиму питания, физической активности, образу жизни. Все это значительно повысит статус и самореализацию медицинской сестры.

Именно активность медицинских сестер в данных проектах и тесное их взаимодействие с врачом будут способствовать развитию приверженности пациентов к лечению.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.  
Статья не имеет спонсорской поддержки.

The authors declare no conflict of interest.  
The article is not sponsored.

## Литература

1. Summary of Revisions: Standards of Medical Care in Diabetes 2019;42 (Suppl. 1): S4–S6 | <https://doi.org/10.2337/dc19-srev01>
2. Alabraba V., Floyd E., Wallymahmed M. Delivering a diabetes inpatient specialist nursing service: the Aintree experience. *J Diabet Nur.* 2010; 14:10.
3. Cable SJ. The role of the Diabetes Specialist Nurse. *SSMJ*, 2016 Aug Vol 9. No 3. ISSN 2309 – 4605.
4. Carey N., Courtenay M. A review of the activity and effects of nurse-led care in diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 2007,16(11c), 296–304.
5. Diabetes UK. Diabetes specialist nursing 2016 workforce survey: a workforce in crisis. Diabetes UK, London. 2016
6. Donohue-Porter P. Nursing's Role in Courage Development in Patients Facing Complications of Diabetes. *J. Holist. Nurs.* 2013; 31: 49–61.
7. How Can Nurses Help Diabetes Patients? Lamar University, 2016 Sept <https://degree.lamar.edu/articles/nursing/how-can-nurses-help-diabetes-patients/>
8. Kahn R, Anderson JE. Improving diabetes care: the model for health care reform. *Diabetes Care* 2009; 32: 1115–8.
9. Lawal M. The importance of diabetes specialist nurses. *Nursing in practice*, 2015 Sept. ISSN 1473-9445. <https://www.nursinginpractice.com/>
10. Lawler J., Trevatt P., Elliot C. et al. Does the Diabetes Specialist Nursing workforce impact the experiences and outcomes of people with diabetes? A hermeneutic review of the evidence. *Hum Resour Health* 2019, 17, 65.
11. Loveman E, Royle P, Waugh N. Specialist nurses in diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(2):CD003286.
12. Nikitara M., Constantinou C. S., Andreou E., Diomidous M. The Role of Nurses and the Facilitators and Barriers in Diabetes Care: A Mixed Methods Systematic Literature Review. *Behavioral Sciences*, 2019,9(6), 61.
13. Peter J. Watkins. *Diabetes and Its Management Sixth Edition.* 2003. Blackwell Publishing
14. Riordan F, McHugh SM, Murphy K, et al. The role of nurse specialists in the delivery of integrated diabetes care: a cross-sectional survey of diabetes nurse specialist services. *BMJ Open* 2017;7
15. Ross A.J., Anderson J.E., Kodate N. Inpatient diabetes care: complexity, resilience and quality of care. *Cogn Tech Work.* 2014;16:91
16. Russell AW, Baxter KA, Askew DA, et al. Model of care for the management of complex type 2 diabetes managed in the community by primary care physicians with specialist support: an open controlled trial. *Diabet Med* 2013;30:1112–21.
17. Siminerio L.M., Funnell M.M., Peyrot M., Rubin R.R. US nurses' perceptions of their role in diabetes care: Results of the cross-national Diabetes Attitudes Wishes and Needs (DAWN) study. *Diabetes Educ.* 2007; 33: 152–162.
18. Sousa AC, Jardim TV, Costa TO et al. Hypertensive diabetic patients: incidence of cardiovascular and renal

outcomes in a historical cohort over 11 years. *Diabetol Metab Syndr.* 2017; 9: 98.

19. Vrijhoef HJ, Diederiks JP, Spreeuwenberg C, et al. The nurse specialist as main care-provider for patients with type 2 diabetes in a primary care setting: effects on patient outcomes. *Int J Nurs Stud* 2002; 39: 441–51.

20. Zhang J, Donald M, Baxter KA, et al. Impact of an integrated model of care on potentially preventable hospitalizations for people with type 2 diabetes mellitus. *Diabet Med* 2015;32:872–80.

21. Глобальный доклад по диабету [Global report on diabetes]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018. Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

22. Дедов И.И., Шестакова М.В., Викулова О.К. Эпидемиология сахарного диабета в Российской Федерации: клиничко-статистический отчет по данным Федерального регистра сахарного диабета // Сахарный диабет. — 2017. — Т. 20. — №1. — С. 13–41.

23. Шестакова М.В., Дедов И.И. Сахарный диабет в Российской Федерации: аргументы и факты. *Терапевтический архив.* – 2016. – 10(88). С. 4–6.

24. Powers MA, Bardsley J, Cypress M et al. Diabetes Self-management Education and Support in Type 2 Diabetes: A Joint Position Statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics. *Diabetes Care* 2015 Jun; dc150730.

25. Национальная программа по продвижению и лечению диабета, минздрав Израиля, 2019 <https://www.health.gov.il/Russian/Subjects/KHealth/diabetes/Pages/default.aspx>

26. GC Richardson, AL Derouin – The Permanente, 2014 – [ncbi.nlm.nih.gov https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4022572/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4022572/)

27. Chronic Care Model For Type 2 Diabetes A systematic Review, *Diabetol Metab Syndr.* 2016 Jan 22;8:7. doi: 10.1186/s13098-015-0119-z. eCollection 2016. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26807158/>

28. Taylor, C.B., Miller, N.H. & Reilly, K.R. Evaluation of a nurse care management system to improve outcomes in patients with complicated diabetes, *Diabetes Care*, 26, (4), 2003.

29. DAWN (Diabetes Attitudes Wishes & Needs) Novo Nordisk research, presented at a conference, Italy, 2006.

30. Funnell, M.M.&Mesing,C.R. Diabetes education in the management of diabetes. (In Complete Nurse's Guide to Diabetes Care 2nd Ed.) ADA, 2009,pp. 222–226.

31. Childs,B.P.,Cypress M.&Spollett,G.(Editors).Complete nurse's guide todabetes care. American Diabetes Association,2nd Ed., 2009.

32. Григорьев К.И., Соловьева А.Л., Немтырева Л.Ф. Ожирение у детей и подростков. *Медицинская сестра*, 2019; 4 (21): 3–9. <https://doi.org/10.29296/25879979-2019-04-01>

33. Григорьев К.И., Князев Ю.А. Ожирение – теория и практика. Тактика медицинского работника. *Медицинская сестра.* 2006; 8: 2–7.

34. Стародубова А.В., Кисляк О.А., Петрова Е.В. Артериальная гипертензия и ожирение у подростков и лиц молодого возраста. *Врач.* 2010; 1: 13–17.