

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ УГРОЗЕ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

И.А. Анфимова, канд. мед. наук, **Ю.И. Павлов**, проф.
Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск
E-mail: pavlovu@yandex.ru

Представлен комплекс персонифицированных профилактических мероприятий и сестринского ухода с целью предупреждения развития синдрома диабетической стопы.

Ключевые слова: медсестра, сестринский процесс, обучение больных, качество жизни, тревожно-депрессивные расстройства, комплаентность, синдром диабетической стопы, медико-социальная эффективность.

Сахарный диабет (СД) – серьезная медико-социальная проблема не только России, но и многих стран. Число больных СД возрастает в среднем на 6% в год. При этом, как показали эпидемиологические исследования, фактическая заболеваемость значительно превышает регистрируемую [4, 8]. Растет численность пациентов пожилого и старческого возраста, в результате чего ежегодно увеличивается число больных с так называемыми поздними осложнениями диабета [3, 10]. Одно из них, наряду с ретинопатией и нефропатией, – синдром диабетической стопы (СДС), относящийся к числу наиболее грозных осложнений СД; он развивается более чем у 25–70% больных и приводит к ампутации конечностей [2, 5, 9]. По данным Ю.И. Павлова (2007), за 10 лет распространенность СДС увеличилась с 26,0 до 50,5 на 100 тыс. взрослого населения.

Социальными последствиями СДС являются ограничение жизнедеятельности, снижение качества жизни (КЖ), невозможность (полная или частичная) выполнять обычную для человека роль в социальной жизни, что обуславливает необходимость социальной защиты [1].

Мы считаем одним из рациональных путей изменения ситуации и повышения качества медицинской помощи больным СД расширение участия сестринского персонала в оказании помощи таким больным. Внедрение индивидуальной технологии ухода – процесс трудоемкий, и его успешность зависит от многих факторов. Для успешного внедрения технологии должна быть изучена ее эффективность и востребованность в условиях реальной практики.

Мы поставили перед собой задачу разработать и внедрить в практику комплекс персонифицированных профилактических мероприятий и мер сестринского ухода для снижения риска развития СДС. Ситуационно обусловленная сестринская профилактическая помощь реализовывалась как циклический алгоритм действий (сестринский процесс):

- медицинское сестринское обследование и диагностика проблем пациента (Assessment, Diagnosis);
- разработка плана сестринских вмешательств (Planning);
- реализация запланированного сестринского ухода (Implementation);
- оценка результатов (Evaluation).

Для отражения спектра проблем пациентов, обусловленных болезнью, применили классификатор сестринских диагнозов NANDA (North American Nursing Diagnoses Association – Северо-Американская ассоциация сестринских диагнозов, 1998).

Впервые проведено комплексное медико-социальное исследование, направленное на совершенствование ситуационно обусловленной профилактики и организации сестринского обслуживания у больных с высоким риском развития СДС (Челябинск).

Источниковая популяция – диспансерная популяция больных СД типа 2 Челябинска на 2015 г. Исследуемая популяция – 2610 больных СД типа 2, состоящих на диспансерном учете в Диабетологическом центре Челябинска в 2015 г.

Исследуемая выборка – 821 больной (380 пациентов с СД типа 2; 441 пациент с СДС), давший информированное согласие на участие в исследовании и отвечавший критериям включения в него.

В результате исследования обнаружено, что профилактические сестринские вмешательства носят преимущественно обучающий, мотивирующий и рекомендательный характер с последующим контролем эффективности. План сестринских вмешательств при необходимости пересматривается и изменяется.

Характеристика мобильности респондентов с СД типа 2 (на 100 опрошенных)

Домен		Реализация
Код	Название группы	
d410-d429	Изменение и поддержание положения тела	27
d430-d449	Перенос, перемещение и манипулирование объектами	51
d450-d469	Ходьба и передвижение	39
d470-d489	Передвижение с использованием транспорта	36

Мы определили фокус основных сестринских вмешательств при наиболее распространенных из установленных сестринских диагнозах. Наиболее значимые проблемы пациентов с СД при угрозе развития СДС:

- нарушение восприятия и ощущения;
- нарушение нормального состояния или целостности кожных покровов;
- нарушение движения;
- дефицит гигиенических знаний;
- сниженная комплаентность;
- изменения в эмоциональной и чувствительной сферах.

Снижение чувствительности в нижних конечностях выявлено у 89 из 100 обследованных респондентов с СДС. В числе причин развития СДС наибольшую роль играет диабетическая полинейропатия. Нередко течение нейропатической формы СДС сопровождается остеоартропатией. Нарушение костных структур ведет к изменениям биомеханики стопы и появлению патологических точек давления при ходьбе. Эти точки, как правило, и являются местами образования нейропатических язв.

Как показали исследования, ограничение мобильности и снижение возможности самообслуживания регистрируются у 51 из 100 обследованных. Уровни мобильного функционирования в соответствии с Международной классификацией функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья ВОЗ [6] представлены в таблице.

Каждому 3-му пациенту с осложненным СД типа 2 сложно изменять позу (на корточках, коленях, сгибание туловища при наклоне), длительно пребывать в вынужденном положении (нахождение в положении стоя, сидя на полу или за столом). Затруднения при подъеме и перекладывании объектов, ходьбе, езде в общественном транспорте наблюдаются почти у 2/3 респондентов, что нередко сопровождается повреждениями кожных покровов, обусловленными нарушенной координацией тела.

Пациенты с нарушениями мобильности должны быть предупреждены о возможности по-

лучения травмы, а также о порядке самопомощи при получении повреждений кожных покровов. Разгрузка пораженного отдела стопы с помощью костылей, ходунков, трости, кресла-коляски позволяет достичь эпителизации язвенного дефекта.

Нарушение нормального состояния или целостности кожных покровов выявлено у 100% респондентов с СДС. Повреждения мягких тканей стопы – одна из причин развития гнойно-некротического процесса. Виды причин разнообразны: падение тяжелых предметов на ногу – 18,5%, потертости при ходьбе в тесной обуви – 12,7%, повреждение ножницами при стрижке ногтей – 12,4%, повреждения при ходьбе босиком – 7,6%, удар о неподвижный предмет – 4,8%. Химические или термические ожоги стопы разной степени тяжести, обусловленные уринотерапией, самолечением растительными экстрактами, неадекватным использованием грелки, ожоги отопительной батареей выявлены у 28,9% респондентов.

Среди больных с СД распространены дефицит гигиенических знаний (у 83 на 100 обследованных), сниженная комплаентность (у 75 на 100), а также изменения в эмоциональной и чувствительной сферах. При таких нарушениях сестринские вмешательства должны быть направлены не только на выполнение врачебных диагностических и лечебных назначений, но и на мотивацию и обучение больного и его родственников. Для снижения негативных последствий, обусловленных дефицитом комплаентности, а также изменениями в эмоциональной и чувствительной сферах, мы организовали обучение пациентов в Школе для больных СД при Диабетологическом центре, учитывая реальные физические и интеллектуальные возможности больных.

При восприятии учебной информации могут отмечаться организационные и личностные коммуникационные преграды. Организационные преграды обусловлены неоптимальными условиями обучения (неподходящее помещение, отсутствие наглядных пособий, низкая квалификация преподавателя, неудобный график занятий, перегруженные группы и др.). Преподаватели должны иметь адекватную педагогическую (андрологическую) подготовку. Причиной личностных коммуникационных преград могут быть индивидуальные особенности больного. При формировании групп необходимо учитывать образовательные, возрастные, мотивационные, мнестические и культурные различия. Обучающая медсестра должна выбрать правильный канал коммуникации, учесть эмоциональное состояние больного, различия в восприятии, степень доверия пациента, условия, в которых проводится обучение (в поликлинике, на дому). При нарушениях восприятия, диабетиче-

ской энцефалопатии роль медсестры заключается в выборе соответствующих педагогических приемов и создании благоприятных условий для обучения (поддержка и поощрение, благоприятная окружающая среда, структурированная и предметно-конкретная информация).

Медико-социальный портрет респондентов, наблюдавшихся в динамике: возраст старше 60 лет; образование – среднее; низкий прожиточный уровень; ограничение в самообслуживании; низкий уровень комплаентности; сниженные КЖ и уровень знаний; наличие субклинической формы тревожно-депрессивных расстройств.

Оценка степени риска развития СДС, выявление проблем пациентов с СД типа 2 с последующей персонализированной профилактикой позволила улучшить ряд показателей КЖ, характеризующих физическое и психологическое состояние больных.

На рис. 1, 2 представлены данные о КЖ респондентов с СДС и с СД типа 2 до и после персонализированной профилактики.

В результате применения ситуационно обусловленного комплекса сестринских профилактических вмешательств было установлено повышение показателей КЖ как у пациентов с СДС, так и у больных СД типа 2 без СДС по всем шкалам опросника MOS SF-36v. Средний показатель физического здоровья (PCS) у пациентов с СДС был $29,3 \pm 7,1$, стал $31,4 \pm 5,4$, у больных СД 2 типа без СДС – соответственно $32,1 \pm 6,6$ и $44,1 \pm 6,4$, средний показатель психологического здоровья (MCS) – соответственно $35,8 \pm 10,7$ и $44,3 \pm 12,3$, а также $39,5 \pm 11,4$ и $44,2 \pm 10,8$.

Таким образом, КЖ может служить критерием эффективности лечения и профилактики. В качестве примера приводим показатели КЖ пациентки П., 68 лет, с нейропатической формой СДС, рассчитанные с помощью on line-калькулятора MOS SF-36v2 в динамике в начале и конце лечения (рис. 3).

На рис. 3. наглядно продемонстрировано улучшение удовлетворенности больной состоянием своего здоровья к концу лечения. Включение результатов исследования КЖ в историю болезни, тем более измерение его через определенный временной интервал (в стационаре – при госпитализации, во время лечения и при выписке, в поликлинике – 1 раз в 6–12 мес) даст значительную дополнительную информацию об эффективности медицинской помощи.

Положительная динамика выявлена у респондентов при изучении тревожно-депрессивных расстройств. У пациентов с установленной субклинической формой депрессии и тревоги применили комплекс профилактических сестринских вмешательств, после чего купирование проявлений де-

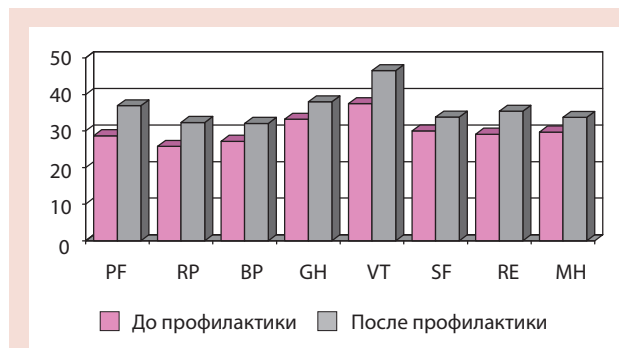


Рис. 1. Динамика показателей КЖ респондентов с СДС

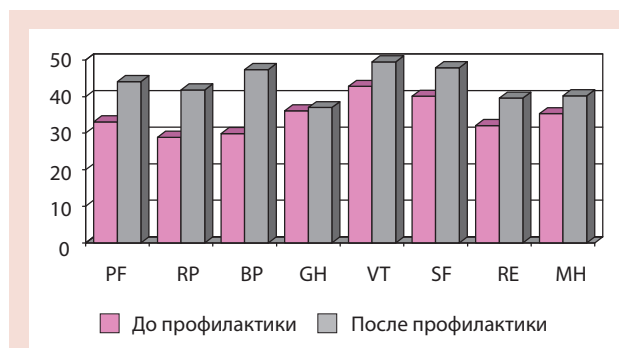


Рис. 2. Динамика показателей КЖ респондентов с СД типа 2 без СДС

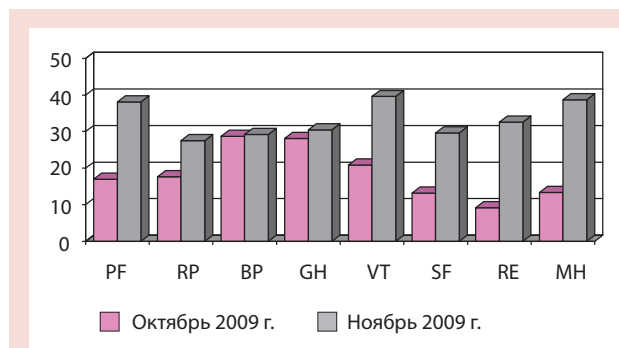


Рис. 3. Динамика показателей КЖ за период лечения в стационаре (пациентка П., 68 лет; СДС, нейропатическая форма)

прессии отмечено у 16,9% пациентов, а исчезновение признаков тревожности – у 34,6% ($p \leq 0,05$).

Обучение больных СД уходу за стопами позволило повысить уровень их знаний и умений (по результатам тестирования) с 23 до 48% ($p \leq 0,05$). Численность комплаентных респондентов увеличилась с 25 до 61,5% ($p \leq 0,05$).

Для выбора той или иной медицинской технологии ухода за больными СД типа 2 необходим анализ показателей медицинской и социальной эффективности. У конкретных больных, получивших проблемно-фокусированную профилактическую помощь, уменьшилось число признаков от-

рицательного эмоционального состояния. Средний показатель медицинской эффективности (K_m) равен 0,46. У пациентов, получивших ситуационно обусловленную профилактическую помощь, коэффициент социальной эффективности приблизился к 1 ($K_c=0,89$), что свидетельствует о высокой степени удовлетворенности респондентов медсестринской помощью.

Воздействие на компоненты КЖ и эмоциональные расстройства, повышение уровня комплаентности и медицинской грамотности косвенно способствуют снижению степени выраженности психоэндокринного синдрома, улучшению условий для заживления имеющихся язвенных поражений стоп и предотвращению их возникновения.

Литература

1. Анфимова И.А., Павлов Ю.И. Параметры качества жизни и копинг-стратегии у больных с синдромом диабетической стопы. Паллиативная медицина и реабилитация. 2011; 1: 23–4.
2. Бреговский В.Б. Помощь пациентам с синдромом диабетической стопы в Санкт-Петербурге: проблемы и пути их решения. Сахарный диабет. 2009; 1: 22–1.
3. Брискин Б.С., Прошин А.В. Осложненный синдром диабетической стопы: патогенез, диагностика и лечение в пожилом и старческом возрасте. Клинич. геронтология. 2004; 10 (1): 33–7.
4. Быковская Т.Ю. Распространенность сахарного диабета типа 2 и эффективность дополнительной диспансеризации по диабету среди трудоспособного населения в Ростовской области. Фундаментальные исследования. 2011; 9: 25–4.

5. Дедов И.И., Удовиченко О.В., Галстян Г.Р. Диабетическая стопа: руководство для врачей. М.: Интеллект, 2005; 197.

6. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. Женева: ВОЗ, 2001; 342.

7. Павлов Ю.И. Анализ основных причин низкой эффективности оказания помощи при гнойно-некротических осложнениях синдрома диабетической стопы (анализ ошибок лечения). Вестн. хирургии им. Грекова. 2007; 5: 28–5.

8. Шестакова М., Викулова О. Инновации в диагностике и лечении сахарного диабета типа 2. Врач. 2012; 8: 2–6.

9. Allender S., Lacey B., Webster P. et al. Level of urbanization and noncommunicable disease risk factors in tamil nadu, indi. Past issues. 2010; 88 (4): 241–79.

10. Apelqvist J., Larsson J. What is the most effective way to reduce incidence of amputation in the diabetic foot? Diabetes Metab Res Rev. 2000; 1: 75–8.

PREVENTIVE NURSING CARE TO PATIENTS AT RISK FOR DIABETIC FOOT SYNDROME

I.A. Anfimova, Cand. Med. Sci.; Prof. Yu.I. Pavlov
South Ural State Medical University, Chelyabinsk

The paper presents a set of personified preventive measures and nursing care to prevent diabetic foot syndrome.

Key words: nurse, nursing process, patient training, quality of life, anxiety-depressive disorders, compliance, diabetic foot syndrome, sociomedical effectiveness.

Журнал «Врач»

ежемесячное издание, поддерживающее живую связь между медицинской наукой, практикой и образованием.

Его читатели – практические врачи, научные работники, преподаватели.

Подписка на электронную версию журнала на сайте www.rusvrach.ru

Подписаться можно с любого месяца

Подписной индекс по каталогу «Роспечать» — 71425



**ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ
«РУССКИЙ ВРАЧ»**