

ИНФОРМИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ И УХОД ЗА НИМИ В ПЕРИОПЕРАТИВНОЙ ПРАКТИКЕ

Ю.Н. Макиенко, О.В. Крапивина

Кемеровский областной медицинский колледж, городская клиническая больница №11, Кемерово

E-mail: jib2003@mail.ru

Представлены результаты исследования по информированию пациентов с синдромом диабетической стопы в городской клинической больнице.

Ключевые слова: *периоперативный процесс, протокол сестринской деятельности, информирование пациентов, памятка пациенту, домашняя аптечка.*

Согласно данным ВОЗ, в мире насчитывается более 150 млн больных сахарным диабетом (СД). Синдром диабетической стопы (СДС) – результат инфекции, язвы и(или) деструкции глубоких тканей, связанной с неврологическими нарушениями и снижением магистрального кровотока в артериях нижних конечностей. Пациент с таким диагнозом нуждается в качественном лечении и полноценном сестринском уходе.

Интерес к организации информирования пациентов с СДС и высококвалифицированному уходу за ними обусловлен несколькими факторами: во-первых, слабой информированностью населения по данному вопросу, во-вторых, поздней обращаемостью за медицинской помощью и, в-третьих, проблемой качественного ухода за пациентами с СДС на протяжении всего периода болезни.

С развитием медицинской науки постоянно возрастает роль медсестры, значение ее деятельности. Поэтому мы считаем, что внедрение периоперативной сестринской практики в лечение больных с СДС поможет добиться успехов в их физической и психологической реабилитации.

Термин «диабетическая стопа» впервые ввел в отечественную литературу А.П. Калинин в монографии «Хирургические заболевания у больных сахарным диабетом» [3, 5]. При СД повышается риск травматизации нижних конечностей, замедляются процессы заживления любых полученных повреждений [11].

Жалобы больных многообразны. На ранних этапах болезни пациенты жалуются на утомляемость ног, зябкость, парестезии. Постоянство и

выраженность жалоб зависят от стадии заболевания. При длительно текущем диабете развивается деформация стоп. В связи с изменением температурной, тактильной, проприоцептивной чувствительности часты микротравмы. Самопроизвольного заживления не происходит, развиваются флегмоны, трофические язвы, гангрены стоп. Распространены микотические повреждения стоп в результате атрофии и деформации ногтевой пластинки.

В публикациях уделяется много внимания вопросам патогенеза СД и СДС [4, 5, 7, 10]. При СД часто развивается атеросклероз сосудов нижних конечностей, который ведет к снижению артериального кровотока и формированию ишемии мягких тканей, что впоследствии способствует образованию трофических язв и гангрены [9, 11]. У молодых пациентов гангрена является результатом инфекционного поражения тканей при снижении их резистентности, а у пожилых основной причиной ее развития является атеросклероз [5]. Гангрена нижних конечностей у больных СД развивается в 6 раз чаще, чем у лиц без СД; в 5 случаях из 6 причиной ампутации, не связанной с травмой, являются гнойно-некротические поражения нижних конечностей на фоне СД. Летальность при гнойной инфекции, связанной с СД, колеблется в пределах от 6 до 22% [7]. СДС – основная причина ампутаций конечностей при СД.

В отечественной литературе первое упоминание об особенностях хирургического лечения диабетической гангрены мы встречаем в трудах А.В. Вишневого и В.И. Стручкова [5], в которых обсуждаются не только особенности оперативного вмешательства, но и необходимость адекватного метаболического контроля как в до-, так и в послеоперационный период.

Терапия диабетической стопы предусматривает базовые – обязательные для всех больных – и дополнительные меры, применяемые по показаниям [6].

К базовым мероприятиям относятся профилактика полинейропатии, подиатрический уход за стопой, обучение больных и их родных в Школе

«Диабетическая стопа», разгрузка стопы, к дополнительным – антимикробная терапия, лечение болевого синдрома, нейропатии, лечебная разгрузка и иммобилизация стопы, лечение ангиопатии, местное лечение язв и ран [6].

В монографии И.И. Дедова и М.Б. Анциферова представлены точная последовательность лечения СДС, виды оперативных вмешательств при ампутациях нижних конечностей. Выделены и профилактические мероприятия, сформулированы рекомендации для пациентов. Однако предложенный авторами подход не учитывает последних изменений в сестринской практике, в частности внедрения периоперативного процесса, важность которого при уходе за больными несомненна. В период, когда пациент с данной патологией нуждается в психологической поддержке, а иногда и в психологической помощи, постоянное сестринское наблюдение до операции, во время операции и в послеоперационном периоде просто необходимо. В стационаре пациент часто сталкивается с различными проблемами, особенно когда ему показана операция. В этих условиях медсестра, которая заботится о пациенте, внушает ему уверенность в успешном исходе операции, помогает решать его проблемы, связанные с пребыванием в больнице, и просто неотлучно находится рядом, становится для пациента самым близким человеком. В рамках периоперативного процесса медсестра помогает больному психологически подготовиться к операции, а значит, легче ее перенести, получить необходимую информацию по дальнейшему уходу за прооперированной областью, что снижает вероятность повторного обращения. Поэтому внедрение периоперативного процесса просто необходимо для организации квалифицированного сестринского ухода [6].

Одна из актуальных проблем больных СД – их низкая информированность об основах правильного ухода при поражении нижних конечностей. Между тем лечение и уход за хроническими ранами – трофическими и диабетическими язвами – имеют огромное значение. С каждым годом все больше людей с СДС обращаются в лечебные учреждения, причем многие из них – поздно. Порой спасти нижние конечности при осложненной форме диабетической стопы не удается, и тогда необходима ампутация.

Таким образом, очевидна актуальность информирования пациентов с СДС, обеспечение им квалифицированного ухода и профилактики осложнений.

Целью работы явились создание механизма информирования пациентов и улучшение результатов ухода в рамках периоперативного процесса.

Задачи исследования:

- провести анализ клинической эпидемиологии при развитии СДС, выявить ее особенности;
- оптимизировать сестринский уход путем решения проблем пациента в рамках пери-

оперативной практики (разработать протокол ведения пациентов с СДС);

- провести апробацию механизма организации ухода за пациентами с СДС и их информирования на базе операционно-перевязочного отделения ГКБ №11 (Областной центр медико-социальной помощи населению) [8];
- проанализировать итоги внедрения данного механизма.

Нами были разработаны 2 анкеты для пациентов. В 1-й оценивались психологическая настроенность пациента на оперативное вмешательство и влияние на нее медсестры, во 2-й – общее состояние пациента после операции и его проблемы.

Использовались следующие методы:

- библиографический – анализ источников литературы, позволяющий в полной мере изучить проблему;
- метод формирования статистической совокупности, включающий в себя систематизацию данных по картам больных, выбывших из стационара, журналу учета перевязок в гнойной хирургии, картам ведения пациентов в периоперативный период;
- метод статистического анализа;
- социологический метод (опрос) для оценки степени информированности о заболевании; состояния пациентов в пред- и послеоперационном периодах; знаний пациентов по самоуходу в реабилитационный период; группы риска развития СДС;
- динамическое наблюдение за группой пациентов.

В исследование включали больных с диагнозами: СД, СДС, гангрены, поступивших в стационар в период с 2004 по 2006 г., а также с января по октябрь 2007 г. (см. таблицу).

За контрольный период обследовано 94 пациента, в том числе 57 (60,6%) женщин и 37 (39,4%) мужчин.

У всех пациентов с данной патологией выявлена гипертоническая болезнь как сопутствующее заболевание, 72% пациентов посещают эндокринолога более 4 раз в год, 89,4% не знали, что у них формируется СДС, 58,4% не соблюдают диету и рекомендации врача, у всех пациентов снижена острота зрения и есть жалобы на боль и онемение в нижних конечностях, у 52,6% были трофические язвы, у 42,6% ампутировано от 1 до 10 пальцев стоп.

Пациенты с СДС, поступившие в стационар за период 2004–2007 гг.

Год	Число пациентов
2004	11
2005	19
2006	22
2007	42

За 2007 г. прооперировано 26 человек, из них у 10 (38,5%) проведена ампутация нижней конечности и у 16 (61,5%) – экзартикуляция пальцев. 73% пациентов указали на необходимость постоянного участия медсестры в уходе и адаптации после операции в связи с новыми жизненными обстоятельствами.

Предлагаемый подход к организации механизма информирования и ухода за пациентами с СДС основан на внедрении периоперативной практики. Отличительная черта предлагаемого нами метода состоит: во внедрении периоперативного процесса в операционно-перевязочном и хирургическом отделениях для пациентов с осложненной формой СДС; разработке механизма ухода за пациентами, начиная с момента поступления в стационар для оперативного вмешательства с указанием и описанием каждого этапа периоперативного процесса; информировании пациентов группы риска о возможности серьезных осложнений; разработке рекомендаций для каждого периода периоперативной практики. Нами разработан опросник для пациента с СДС, в который вошли следующие вопросы: о жалобах; вредных привычках; о знании пациентом своей патологии и основ профилактики осложнений, возникающих при СДС; о повреждающих факторах; соблюдении пациентом рекомендаций лечащего врача. По ответам на вопросы мы определили, что повреждения кожных покровов возникали в результате неправильной обработки ногтей, попадания инородных тел в обувь, срезания мозолей острыми предметами, согревания ног с помощью электронагревательных приборов в зимнее время, ходьбы по полу без обуви. Это приводило к высокой травматизации кожи конечностей и инфицированию, вследствие чего были ампутированы конечности или проведена экзартикуляция пальцев стоп.

Новизна предложенного нами механизма заключается в обеспечении преемственности между всеми этапами медицинской помощи, что позволяет проследить все этапы заживления ран, а также дает возможность оценить качество медицинской помощи. Благодаря предлагаемому подходу обеспечивается также преемственность между стационаром и амбулаторно-поликлиническими службами, что позволяет передавать для дальнейшего амбулаторного лечения – реабилитации – пациентов с СДС и гнойными ранами. При этом налаживается непрерывный качественный уход за такими больными, чему способствует «Лист регистрации проведенных вмешательств», предлагаемый в рамках нашей разработки.

По результатам исследования была определена группа пациентов с риском развития СДС, оценена информированность пациентов о заболевании и установлена сезонность его вспышек (см. рисунок).

Анализ карт пролеченных больных показал, что за период 2004–2006 гг. из 52 пациентов повторно обратились 18 (34,6%), а за 2007 г. из 42 – 7 (19%). Таким

образом, благодаря внедрению в 2007 г. в сестринскую практику периоперативного процесса повысился профессионализм ухода, а частота повторных обращений сократилась на 15,6%.

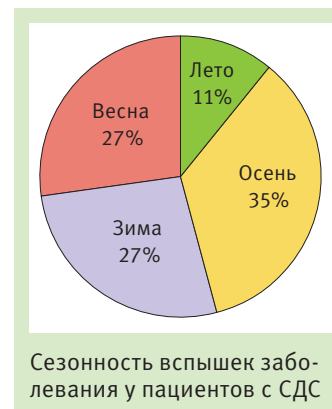
Анализ результатов внедрения периоперативного процесса с применением предложенного механизма ухода за пациентами и их информирования позволил сделать следующие выводы:

- пациенты были подготовлены к оперативному вмешательству (эмоционально и физиологически);
- не было осложнений, связанных с неправильной укладкой на операционный стол, электроожогов кожных покровов и др.;
- пациенты удовлетворительно перенесли анестезию, будучи проинструктированы заранее медсестрой о возможных проблемах;
- случаев воспаления операционной раны не отмечено, процесс заживления протекал без особенностей;
- больные выписаны с предоставлением полной информации о дальнейшем уходе и профилактике развития осложнений;
- пациенты активно включены в процесс лечения, ухода и реабилитации.

Разработанный «Протокол ведения пациентов с осложненной формой синдрома диабетической стопы в периоперативной практике» предусматривает обеспечение преемственности между стационарами и поликлинической службой.

Разработанный механизм организации ухода за пациентами с СДС и их информирования внедрен в деятельность операционно-перевязочных и хирургических отделений ГКБ № 11 и больницы № 15 [1, 2]. Мы определили новый профессиональный подход к уходу за ранами, основанный на протоколировании каждого действия медсестры, индивидуальном подходе к пациенту, контроле за состоянием тканей раны, ее глубины, степени инфицированности и экссудации.

По результатам исследования нами разработаны практические советы для больных с СДС и специальная домашняя аптечка с зеркалом для поиска язв на труднодоступных местах стоп. Практические советы были объединены в памятку, в которую вошли «запрещающие» и «разрешающие» правила. Памятка выдается каждому пациенту с СДС, а также больным СД, поступившим в хирургическое отделение с гнойно-некротической патологией. Специальная аптечка по уходу за нижними



конечностями проста в оснащении и позволяет даже пожилым пациентам вовремя выявить повреждения на малодоступных для обозрения участках кожи конечностей.

Разработан и внедрен «Лист регистрации проведенных вмешательств», что помогло нам вовлечь пациентов в процесс собственного лечения и реабилитации, повысить уровень их знаний о заболевании, контролировать эффективность манипуляций, произведенных медицинским персоналом. Разработана общая памятка для больных с СД, а также памятка на каждый день.

Внедрение периоперативного процесса способствовало улучшению информированности больных СД о возможных осложнениях, предоставлению им квалифицированного ухода на всех этапах медицинской помощи, повышению качества ухода, что снизило частоту повторных обращений.

Разработаны также практические рекомендации для лечебно-профилактических учреждений по дальнейшему внедрению предложенной нами схемы.

Литература

1. Акт внедрения исследовательской работы по ведению пациентов с синдромом диабетической стопы Крапивиной О.В., операционно-перевязочной сестры МУЗ ГКБ №11 от 21.02.2008, МУЗ Больница №15.
2. Акт внедрения результатов исследовательской работы Крапивиной О.В. от 21.02.2008 МУЗ ГКБ №11.
3. Барыкина Н.В. Руководство для операционной медицинской сестры. – М.: ИКЦ «МарТ»; Ростов н/Д.: издательский центр «МарТ»: 2005, 399 с.
4. Галстян Г.Р. Синдром диабетической стопы. Основные принципы профилактики и лечения // Тезисы докладов. Симпозиум «Сахарный диабет». – М.: 2001. – <http://medi.ru>.
5. Дедов И.И., Анциферов М.Б., Галстян Г.Р., Токмакова А.Ю. Синдром диабетической стопы. Клиника, диагно-

стика, лечение и профилактика. – М.: Универсум Паблишинг, 1998. –137 с.

6. Диабетическая стопа. – <http://medi.ru>

7. Любарский М.С., Шевела А.И., Шумков О.А., Нимаев В.В., Близневская Е.В., Жучков И.В. Синдром диабетической стопы. Патогенетические подходы к лечению // Тезисы докладов. Симпозиум «Сахарный диабет». – Новосибирск, 2004 / <http://medi.ru>

8. О введении в действие исследовательской работы по ведению пациентов с синдромом диабетической стопы Крапивиной О.В., операционно-перевязочной сестры МУЗ ГКБ №11. Приказ №20 от 21.02.2008 МУЗ Больницы № 15 г. Кемерово

9. Периоперативный процесс и его роль в реабилитации пациентов хирургического профиля. Пособие для организаторов здравоохранения, операционных сестер, преподавателей и студентов факультетов высшего сестринского образования, медицинских колледжей, училищ / Составитель: В.П. Ульянова. – Кемерово, 2006. – С. 6–7.

10. Храмылин В.Н. Роль медсестры в лечении и профилактике синдрома диабетической стопы. – М.: РГМУ, 2003. – www.doktor.ru

11. Юдакова О.В., Шагаева Л.И.. Уход и практические советы пациентам с синдромом диабетической стопы // Вестник Кузбасского научного центра. – 2007; 5: 136–137.

INFORMING PATIENTS WITH DIABETIC FOOT SYNDROME AND THEIR CARE IN PERIOPERATIVE PRACTICE

Yu.N. Makiyenko, O.V. Krapivina

Kemerovo Regional Medical College, City Clinical Hospital Eleven, Kemerovo

The paper gives the study results introduced into the activity of the city clinical hospital.

Key words: perioperative process, nursing protocol, informing patients, patient handbook, medicine chest.