

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 удастся, и тогда необходима ампутация.

Таким образом, очевидны 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 самоходу 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%.

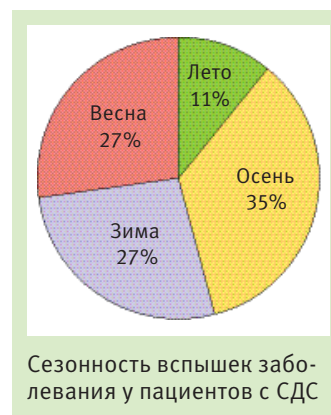
Анализ результатов внедрения периоперативного процесса с применением предложенного механизма ухода за пациентами и их информирования позволил сделать следующие выводы:

- 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



РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ МАСТЭКТОМИИ

Л.В. Драчева

Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им.И.И. Мечникова,
Мурманский онкологический диспансер
E-mail: FVSO@mail.ru

Потеря молочной железы – не только физический недостаток, но и тяжелая психологическая травма, которую вынуждены испытать практически все женщины со злокачественной опухолью [1, 2, 3]. В связи с этим возникает проблема повышения качества жизни пациенток после проведенного радикального лечения.

Реабилитация больных раком молочной железы (РМЖ), в ходе которой внедряются новые разработки, имеет актуальное значение. Преследуя гуманные цели помощи больной женщине, реабилитация одновременно рентабельна и в социально-экономическом плане, так как вложенные в нее средства окупаются [1]. РМЖ – самое распространенное онкологическое заболевание среди женщин [4]. Согласно статистическим данным, с каждым годом растет число вновь диагностируемых случаев РМЖ, соответственно увеличивается и количество радикальных операций [3, 4].

В Мурманском онкологическом диспансере наиболее высокие уровни и темпы заболеваемости отмечены в возрастных группах 40–49 (28%) и 50–59 лет (25%). Пик заболеваемости (28%) у женщин 40–49 лет (рис. 1). Таким образом, РМЖ нередко поражает женщину в самом расцвете сил – в том возрасте, когда она достигает наибольших успехов в работе, карьере, личной жизни, имеет семью и активно строит планы

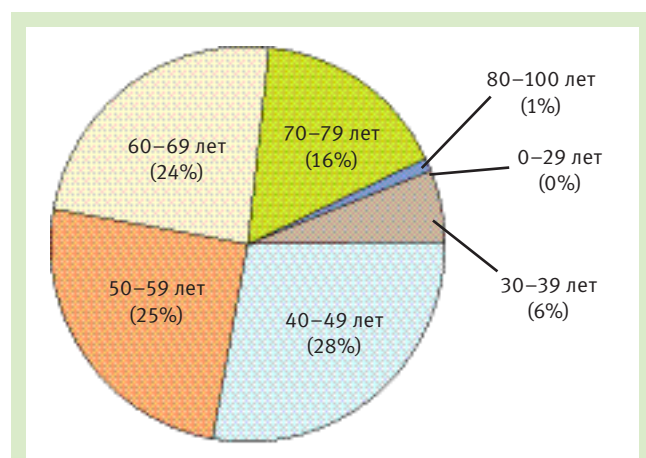


Рис. 1. Заболеваемость раком молочной железы в разных возрастных группах (2008 г., Мурманская область)

на будущее. Средний возраст больной РМЖ составляет 58,3 года. В Мурманской области имеет место устойчивая тенденция к старению населения. При этом наиболее многочисленной демографической группой региона в 2008 г. были женщины в возрасте 40–49 лет,

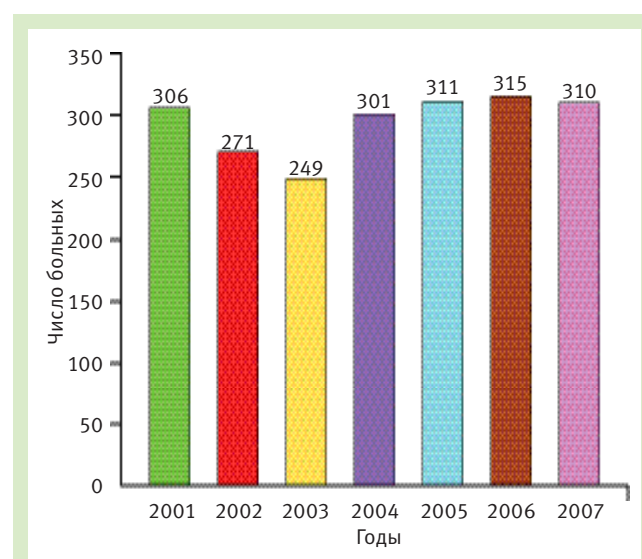


Рис. 2. Динамика заболеваемости раком молочной железы в Мурманской области с 2002 по 2007 г.

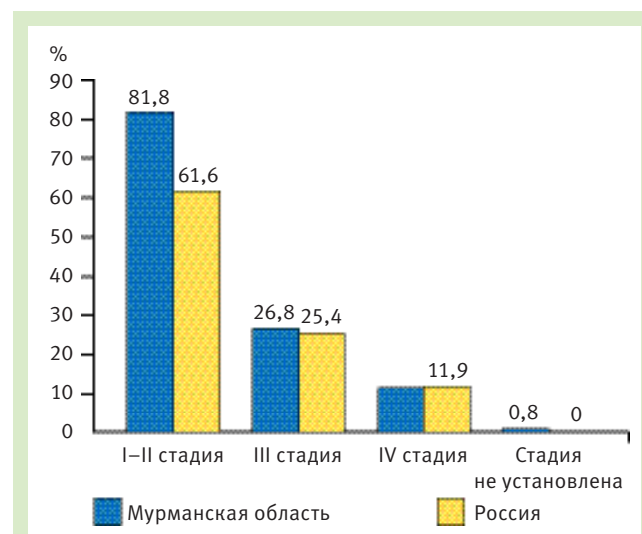


Рис. 3. Сравнительный анализ выявляемости (в %) рака молочной железы по стадиям в Мурманской области и России в целом

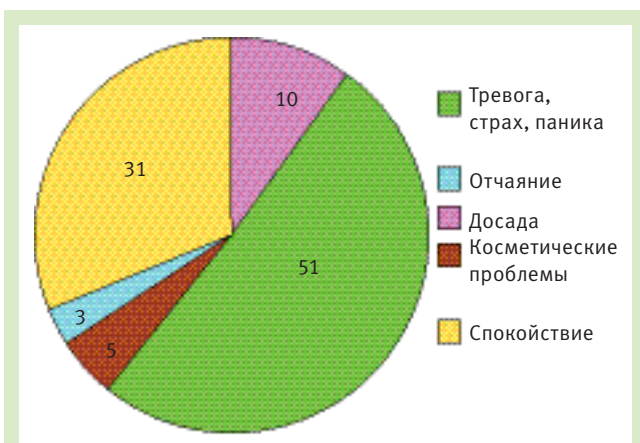


Рис. 4. Психологическое состояние пациенток (в %) после сообщения им диагноза



Рис. 5. Распределение мнений опрошенных (в %) о том, с кем бы они хотели обсудить проблемы, возникшие в связи с заболеванием



Рис. 6. Опасения пациенток (в %), связанные с болезнью

т.е. группа риска по заболеванию РМЖ.

По данным за 2007 г., злокачественные опухоли молочной железы выявлены у 310 пациенток, что незначительно превышает заболеваемость в Мурманской области за 2001 г. (рис. 2).

За последние годы, благодаря успешной совместной работе онкологов Мурманского онкологического диспансера и медицинских работников первичного звена, достигнуто существенное изменение структуры больных РМЖ в Мурманской области в зависимости от стадии заболевания в сравнении с общероссийскими показателями (рис. 3).

Исследования проводились на базе 2-го онкологического отделения Мурманского онкологического диспансера. На 1-м этапе определяли проблемы пациенток в ходе лечения, особенно – в реабилитационный период. Объект исследования – 100 пациенток разных возрастных групп, которым было проведено хирургическое лечение по поводу РМЖ. На 2-м этапе изучали уровень знаний медсестер о РМЖ и их готовность оказывать психологическую помощь пациенткам после мастэктомии. Объектом исследования стали медсестры 2-го онкологического отделения Мурманского онкологического диспансера.

В задачи исследования входило:

- изучение статистики по заболеваемости РМЖ в Мурманской области;
- определение уровня информированности пациенток о своем заболевании;
- анализ проблем пациенток в периоперативном процессе;
- изучение качества жизни пациенток;
- оценка эффективности проводимой реабилитации;
- расширение объема помощи, в том числе реабилитационных мероприятий.

Операция мастэктомии является калечащей. Для женщины, перенесшей эту операцию, качество жизни ассоциируется, в первую очередь, с тем, насколько возможна окончательная победа над болезнью и сможет ли она ощутить себя полноценной женщиной, справиться с повседневными делами и быть социально активной. Решение этих проблем играет ключевую роль в реабилитационном периоде. Работая медсестрой перевязочного кабинета 2-го онкологического отделения Мурманского онкологического диспансера, мне ежедневно приходится сталкиваться с проблемой улучшения качества жизни пациенток после проведенной операции на молочной железе, особенно – в реабилитационный период.

В рамках исследования проводилось анкетирование женщин после хирургического лечения по поводу РМЖ. Полученные данные тщательно анализировались. Реакция пациенток на сообщение диагноза злокачественного заболевания была разной (рис. 4).

Как правило, все они, испытали сильное потрясение: 51% – ощутили тревогу, страх, панику; 5% – чувство отчаяния; 31% – опасения, связанные с измене-

нием внешности (косметические проблемы); 3% – чувство досады; лишь 10% женщин остались спокойны.

Большинство пациенток желали бы обсудить возникшие проблемы со специалистами: с лечащим врачом – 33%, с профессиональным психологом – 20%, с медсестрой – 10%. С больными, уже прошедшими аналогичное лечение, хотели бы поделиться своей тревогой 20% опрошенных, 5% – были готовы обсудить свои проблемы с пациентами, находящимися на лечении. 10% опрошенных выразили желание поговорить о создавшейся ситуации с членами семьи и друзьями, и лишь 2% – с другими лицами, в частности с православным священником.

Пациенткам был задан вопрос: «Что Вас тревожит, в связи с болезнью?» Рассмотрим варианты ответов (рис. 6).

20% пациенток высказали опасения о возможных



Рис. 7. Ответы пациенток (в %) на вопрос: «В какой информации Вы нуждаетесь»

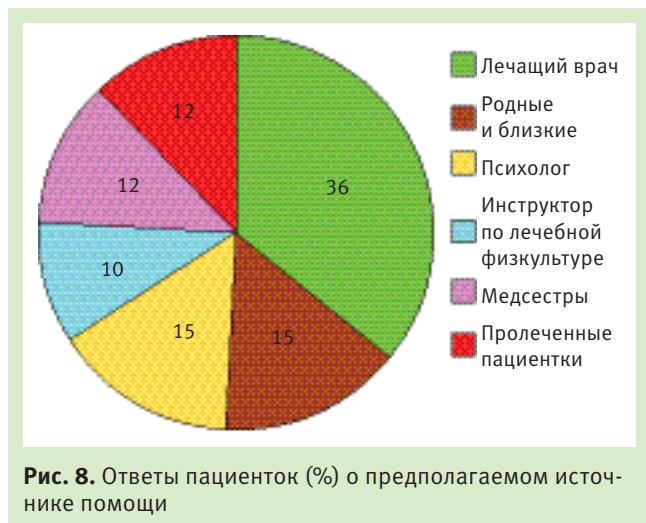


Рис. 8. Ответы пациенток (%) о предполагаемом источнике помощи

неблагоприятных результатах проведенного лечения, 10% сомневаются, смогут ли они вести привычный образ жизни. 15% опрошенных боятся потерять женскую привлекательность; 8% тревожит грядущая инвалидность. Каждая 2-я пациентка (12%) озабочена возможным ухудшением отношений с мужем, детьми и другими родственниками. 5% женщин боятся, что не смогут оказывать достаточную помощь детям или внукам. Многие пациентки (18%) обеспокоены предстоящими курсами химиотерапии и лучевой терапии, а также длительностью проводимого лечения. Чувство боли в послеоперационном периоде отметили всего 2%. Потеря работы тревожит 10% опрошенных.

В ходе опроса мы пытались выяснить, в какой информации нуждаются пациентки. Из их ответов можно заключить, что у них есть дефицит информации по разным вопросам (рис. 7).

Как показали результаты опроса, практически все пациентки нуждаются в конкретной информации. Причем в 15% случаев необходимы сведения о видах и длительности лечения. 18% опрошенных выразили желание получить профессиональную консультацию психолога по поводу конфликтной ситуации в семье или на работе, 12% хотели обсудить переживания и проблемы, связанные с болезнью. Многие пациентки (40%) были заинтересованы в получении информации о возможных методах и сроках коррекции косметического дефекта, связанного с удалением молочной железы. Кроме того, 8% пациенток желали бы получить информацию о диете, лечебной физкультуре.

Изучение уровня информированности и готовности медсестер оказывать психологическую помощь пациенткам

Вопросы, заданные медсестрам по поводу мастэктомии	Количество ответов		Ответы, %	
	да	нет	да	нет
Часто ли Вам приходится настраивать пациентку на предстоящую операцию?	7	8	46,6	53,3
Часто ли Вы проводите беседы с родственниками с целью оказания помощи пациенткам для их скорейшего выздоровления?	12	3	80	20
Готовы ли Вы вникнуть в психологические проблемы пациентки?	10	5	66,6	33,3
Нуждаются ли Вы в психологических тренингах для медсестер, работающих с онкологическими больными?	15	0	100	0
Достаточно ли Вы информированы о данном заболевании?	4	11	26,6	73,3
Достаточно ли у Вас знаний по психологии онкологических больных?	1	14	6,6	26,6

Тревогу по поводу ухудшения семейных отношений отметили 18% опрошенных.

При анализе ответов на вопрос: «На чью помощь Вы рассчитываете в сложившейся ситуации?», установлен значительный разброс мнений (рис. 8).

Большинство опрошенных указали одновременно несколько источников оказания помощи. Среди них особенно часто называли родных и близких (15%). Рассчитывают на помощь психолога 15% опрошенных, лечащего врача – 36%, медсестры – 12%. На помощь инструктора по лечебной физкультуре надеются 10% пациенток, на помощь пролеченных пациенток – 12%.

Почти все медсестры отметили недостаточность знаний по психологическим проблемам пациенток после мастэктомии. Большинство медсестер хотели бы оказывать психологическую помощь пациенткам с диагнозом РМЖ, но среди них немного тех, кто считает себя достаточно компетентными. По мнению медсестер, онкологические пациенты весьма чувствительны и легко ранимы, к ним нужен особый подход.

Однако недостаток времени, большая физическая нагрузка не позволяют уделять пациентам больше внимания. В результате снижается эффективность сестринского ухода. Медсестре важно знать общие правила работы с онкологическими больными и уметь применять их на практике.

В ходе исследования выявлен широкий спектр проблем и потребностей пациентов. Рекомендуется шире применять индивидуальные программы реабилитации, которые следует разрабатывать для каждой больной с учетом ее общего состояния, возраста, семейного положения, характера проведенного лечения, профессии и условий труда. Важную роль при планировании и проведении реабилитационных мероприятий следует отводить медсестрам, так как именно они особенно тесно и длительно контактируют с пациентами.

Литература

1. Грушина Т.И. Реабилитация в онкологии: физиотерапия. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 240 с.
2. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Злокачественные новообразования в России и в странах СНГ в 2003 году. – М.: РОНЦ РАМН, 2005.
3. Кушлинский Н.Е., Портной С.М., Лактионов К.П. Рак молочной железы. – М., 2005.
4. Летягин В.П. Злокачественные новообразования молочной железы // Энциклопедия клинической онкологии. – М.: РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, 1989.
5. Летягин В.П. Опухоли молочной железы. – М., 2004. – 320 с.

REHABILITATION OF PATIENTS AFTER MASTECTOMY

L.V. Dracheva

I.I. Mechnikov Saint Petersburg State Medical Academy,
Murmansk Cancer Dispensary

The paper describes a questionnaire survey among patients who have undergone mastectomy.

Key words: breast cancer, mastectomy, nurses, rehabilitation, questionnaire survey of female patients.