

БОЛЬНЫЕ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ: ШКОЛА ЗДОРОВЬЯ

Н.В. Туркина, канд. мед. наук, **Ю.В. Николаева**

Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова

E-mail: FVSO@mail.ru

Представлены сведения об оказании медицинской помощи больным сахарным диабетом (СД), осложненным синдромом диабетической стопы. Показано значение самоконтроля и школ здоровья для таких больных. Проведен анализ информированности пациентов и членов их семей о СД.

Ключевые слова: сахарный диабет, диабетическая стопа, информированность населения, Школа сахарного диабета.

В настоящее время основными причинами заболеваемости, ранней инвалидизации, смертности населения стали заболевания неинфекционной природы – сердечно-сосудистые, онкологические, нервно-психические, и др. По данным ВОЗ, в мире насчитывается более 175 млн больных СД, их количество неуклонно растет и к 2025 г., возможно, достигнет 300 млн.

Сахарный диабет (СД) остается актуальной медицинской и социальной проблемой всех экономически развитых стран мира. Широкое распространение заболевания, высокие уровни инвалидности и смертности, частое развитие СД в детском и молодом возрасте, передача заболевания по наследству, его тесная связь с разнообразными социальными и экологическими факторами определяют огромную социальную значимость профилактики и лечения СД.

СД является причиной преждевременной смерти и ранней инвалидизации, что связано в первую очередь с его осложнениями. По статистике Эндокринологического научного центра РАМН, трофические нарушения функций нижних конечностей различного генеза встречаются у 15% больных. Развитие гангрены или гнойного процесса на стопе – основная причина ампутации более чем у 50% больных, а послеоперационная летальность составляет 13–20%. В течение 3 лет после ампутации 35% больных погибают.

Особенность ведения больных с данным заболеванием заключается в том, что главная роль в достижении оптимальных результатов лечения принадлежит самому пациенту. Для этого он должен быть хорошо осведомлен обо всех аспектах заболевания

и уметь корректировать схему лечения в зависимости от ситуации. Больным приходится во многом брать на себя ответственность за свое здоровье, а это возможно лишь в том случае, если они соответствующим образом обучены. По данным литературы, обучение больных СД самоконтролю способствует снижению частоты и длительности госпитализации, частоты и выраженности осложнений. При должной информированности количество ампутаций уменьшается более чем на 50%. В задачи обучения входят:

- улучшение качества жизни;
- снижение числа случаев декомпенсации;
- уменьшение частоты осложнений, приводящих к инвалидности;
- пропаганда осознанного отношения к заболеванию.

Школы здоровья для пациентов представляют собой эффективную форму лечебного и профилактического группового консультирования. Необходимость обучения не только самих пациентов, но и их родственников продиктована особенностями заболевания. СД вне зависимости от тяжести его течения навсегда изменяет жизнь пациента и его родственников. Даже при незначительных последствиях стресс, переживаемый пациентом в процессе лечения и во время пребывания в стационаре, накладывает отпечаток на его поведение. Пациент, страдающий СД, требует к себе большего внимания, чем до болезни, а его родственники вынуждены менять привычный уклад жизни, чтобы удовлетворить потребности больного. Изменение образа жизни почти всегда совершенно неожиданно для всех участников событий, поэтому заранее к ним никто не готовится, а для больного в начале заболевания характерен выраженный синдром дезадаптации.

Семья пациента, понимая сложность ситуации, стремится помочь и успокоить пациента, который чувствует облегчение по мере некоторого улучшения самочувствия и благодаря отношению семьи к его состоянию. Он также осознает необходимость сохранения спокойствия, хотя напуган и чувствует себя беспомощным.

Схематично ситуацию можно представить следующим образом (схема 1).

При этом семья нуждается в подробной информации, получаемой от медицинских работников, обо всех возможных вариантах обследования, лечения, психологического состояния больного и возможных способах его поддержки. После такого информирования решение проблемы можно представить графически (схема 2).

По данным обследования, пациенту показано оперативное лечение. Пациенту и его семье объяс-



Схема 1. Тип проблемы

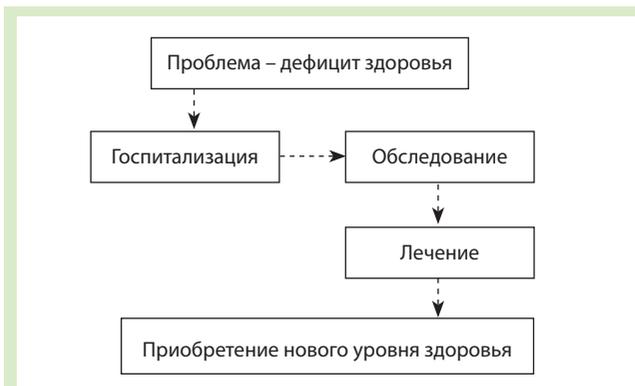


Схема 2. Решение проблемы



Схема 3. Решение проблемы с конкретизацией способов лечения

нили сложившуюся ситуацию. Рассказали о возможностях консервативного и оперативного лечения, ознакомили с перспективой дальнейшего течения заболевания в том и другом случае. Пациент выбрал оперативный способ лечения. Медицинские работники представили семье пациента конкретное решение проблемы (схема 3), подробно объяснив отдельные этапы решения.

Проблема рассматривается как семейная (схема 4), так как она оказывает влияние на всех членов семьи. Родственников тревожит состояние больного. Они хорошо представляют себе сложность и опасность предстоящего оперативного вмешательства, понимают, что могут оказать только психологическую поддержку. Пациент, оценивая степень риска оперативного вмешательства, психологически настроен на благополучный исход операции.

Первая реакция родственников на болезнь близкого человека – замешательство, затем – различные реакции. Рассмотрим 2 их варианта.

1. Попытка ухода от ответственности. Близкие пациента, не зная, как помочь, и понимая, что придется уделять много внимания заболевшему, пытаются переложить ответственность за его здоровье на сотрудников стационара. При этом они искренне думают, что это поможет восстановить здоровье больного, поскольку им будут заниматься профессионалы. После выписки из стационара близкие пациента нанимают сиделку и активно привлекают различных специалистов.

2. Развитие гиперответственности. Кто-то из родственников пациента берет отпуск или вообще увольняется и «садится» рядом с больным, осуществляя максимально трепетный уход. Эта ситуация наиболее опасна, так как из-за отсутствия у родственников навыков и знаний уход – неправильный, что не способствует формированию у пациента мотивации к активному восстановлению.

Поскольку у пациентов бывает много родственников, возможны сочетанные реакции. Кто-то уходит от ответственности, кто-то берет на себя больше, чем может. В рамках защитного поведения

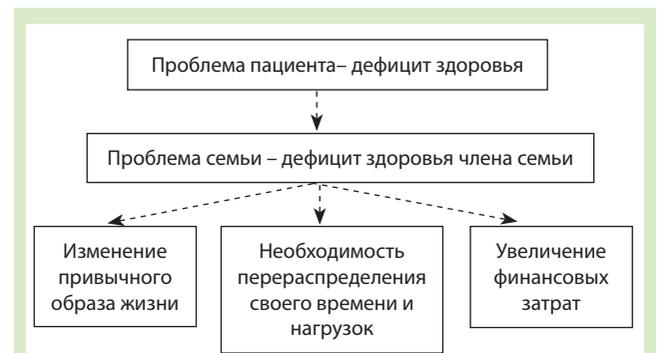


Схема 4. Семейная проблема

иногда возникает враждебное отношение к пациенту у некогда любивших его родственников. Они перестают видеть в больном близкого, любимого человека. Могут появляться и другие социально значимые нарушения. Например, родственники очень часто отказываются от выгодных предложений по работе или от собственного семейного счастья.

Напрашиваются следующие выводы:

- необходимо информировать родственников больного об особенностях его заболевания;
- в зависимости от этапа развития заболевания необходимо предоставлять родственникам соответствующую информацию.

Возникшее у родственников состояние можно рассматривать как синдром дезадаптации, в формировании которого выделяют следующие этапы:

- замешательство, возникающее сразу же при получении информации;
- желание перераспределить ответственность;
- нарушение планов;
- истероидные и ипохондрические синдромы;
- развитие синдрома хронической усталости.

Силами Школы здоровья по СД можно эффективно помочь и пациентам, и родственникам.

Цели проведения занятий в Школе:

- повышение информированности пациентов и их родственников о заболевании;
- формирование ответственного отношения населения к состоянию своего здоровья;
- поддержка мотивации к постоянному профилактическому лечению;
- формирование у родственников пациента навыков реабилитации и ухода за больным членом семьи.

На базе Костомукшской городской больницы были исследованы: уровень знаний пациентов; мотивация к обучению; мотивация к профилактике развития диабетической стопы; психологические особенности больных с диабетической стопой.

Анализ результатов анонимного анкетирования пациентов с СД показал, что знают об осложнениях заболевания 73% респондентов. По-видимому, необходимо учесть, что в исследовании участвовали пациенты с изменениями в области стоп, т.е. длительно болеющие СД.

В ходе исследования выяснено, что основными источниками информации о заболевании являются медицинская литература (43%), медицинские работники других отделений (25%), медсестра Школы сахарного диабета (27%).

Согласно данным анализа мотивации пациентов к самоконтролю и понимания необходимости достижения компенсации углеводного обмена, больные, регулярно контролируемые уровень сахара в крови, составляли 23%. Выполняют самокон-

троль время от времени 12 (40%) человек, делают это в условиях поликлиники 10 (33%); 4% пациентов вообще не занимаются самоконтролем.

Дисциплинированы в выполнении всех рекомендаций только 20 (67%) больных, выполняют их время от времени 7 (23%), не выполняют рекомендаций совсем 10% респондентов.

В ряде контролируемых исследований у больных СД описан синдром «упрямого самопренебрежения», в 12% случаев лечение начиналось позже по вине пациентов. Ежедневно контролируют состояние стоп (осмотр, мытье ног, обработка) только 9 (30%) больных, 19 (63%) самостоятельно ухаживают за стопами время от времени и не ухаживают совсем 2 (7%).

Пациенты, проживающие одиноко, относятся к группе повышенного риска по развитию синдрома диабетической стопы, так как они испытывают трудности в самостоятельном уходе за стопами, трудности со зрением и ограничение в передвижениях. По данным анализа анкет, 46% респондентов – одинокие и пожилые люди, остальные проживают в семье.

Знают о правилах ухода за ногами только 18 (60%) человек, остальные же не имеют об этом четкого представления.

Большинство придают существенное значение подбору обуви (24 человека – 80%), 20% не придают этому значения, но ортопедическую обувь не использует ни один пациент.

Поэтому на одном из занятий в Школе необходимо сделать акцент на использовании ортопедической обуви.

Врачи рекомендуют весьма необычную обувь, специально разработанную, чтобы снять нагрузку с переднего отдела стопы.

Такая конструкция обеспечивает самое быстрое заживление язвенных дефектов, послеоперационных ран, переломов и т. д., позволяя в то же время сохранить подвижность. В ортопедической обуви ходить труднее, чем в обычной. Поэтому познакомьтесь с мерами предосторожности:

- не управлять автомобилем в ортопедической обуви;



- соблюдать осторожность, поднимаясь по лестнице, перешагивая через бордюры и ступая по неровным поверхностям;
- ходить медленнее, чем обычно; ортопедической обуви требуется больший дорожный просвет;
- обновлять лечебную обувь вовремя; вследствие особенностей конструкции избыточная нагрузка быстрее выводит ее из строя.

Осматривают обувь изнутри каждый раз, прежде чем надеть ее 20 (67%) человек, время от времени – 10 (33%).

При патологии ногтей и кожи стоп обычно применяют подручные средства (бритва, ножницы, пилка) и лечатся самостоятельно (43%) больных, обращаются к врачу 23%, к медсестре Школы сахарного диабета 34%.

На занятиях необходимо сделать акцент и на состоянии стоп.

РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ПО ОСМОТРУ СТОП:

- осмотр стоп, включая пальцы, ногтевые пластинки, межпальцевые промежутки, должен проводиться ежедневно;
- подошвенную поверхность необходимо осматривать с помощью зеркала, при плохом зрении к осмотру необходимо привлекать родственников;
- необходимо тщательно ощупывать стопы для выявления мозолей, участков гиперкератоза, мокнущих участков, а также для определения степени чувствительности и кожной температуры.

РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ПО УХОДУ ЗА СТОПАМИ:

- необходимо ежедневно мыть ноги в теплой воде;
- нельзя парить ноги – это способствует развитию сухости кожи;
- стопу и межпальцевые промежутки промокают мягким полотенцем, не допуская грубого растирания, повреждающего размокшую кожу;
- после промокания кожа стоп, за исключением межпальцевых промежутков, смазывается нежирными кремами; лучше использовать кремы для рук или кремы после бритья;
- ногти на ногах необходимо спиливать пилкой прямо, не закругля углы – это препятствует врастанию ногтей в кожу;
- нельзя ходить босиком, тем более на пляже, поскольку при сниженной чувствительности стоп они легко подвергаются термическому

и механическому повреждению; нельзя пользоваться горячими грелками для ног, греть ноги у огня и у обогревательных приборов;

- при возникновении потертостей, опрелостей, пузырей необходимо срочно обратиться к медицинскому работнику, не прибегая к самолечению, что может привести к осложнениям и ампутации.

Уровень депрессии у больных СД оценивали по «Методике определения уровня депрессии» (В.А. Жмуров). У 17% пациентов депрессия отсутствовала; минимальная депрессия выявлена у 20% больных, легкая – у 33%, умеренная – у 17%, выраженная – у 6,5%; в состоянии глубокой депрессии пребывают также 6,5% пациентов.

Таким образом, подавляющее большинство больных с осложненным течением СД в виде диабетической стопы испытывают проявления депрессии (от легкой до глубокой). Тяжесть заболевания вполне объясняет наличие депрессии, однако важно понимать, что результаты лечения и процесс выздоровления во многом зависят от настроения пациентов. Депрессия отрицательно сказывается на течении заболевания, в связи с чем обязательно требуется психологическая коррекция.

Совершенно очевидно, что медицинскому персоналу, психологам и социальным работникам необходимо: учитывать индивидуальные особенности больных для продуктивного контакта с ними; ввести в терапевтическую программу методики, стабилизирующие психическое состояние пациентов; разработать индивидуальные профилактические программы, направленные на предотвращение рецидивов заболевания.

Измерение уровня тревожности по Тейлору в интерпретации Т.А. Немчинова позволило выявить пациентов, испытывающих повышенную тревожность. Высокий уровень тревожности выявлен у 13% пациентов, средний с тенденцией к высокому – у 27%, средний с тенденцией к низкому – у 30% и низкий – также у 30%. Таким образом, особую озабоченность, связанную с основным заболеванием, испытывают 40% больных. Именно эти пациенты в первую очередь нуждаются в психолого-социальном сопровождении, однако и тем, у которых уровень тревожности не слишком высок, тоже требуются психологическая поддержка и помощь.

По данным исследования, такое осложнение СД, как диабетическая стопа, наносит значительный ущерб психологическому самочувствию больных.

Результаты анкетирования свидетельствуют о недостаточном уровне знаний пациентов в области профилактики синдрома диабетической стопы, что связано с недостаточным уровнем профилактической работы первичного амбулаторного

звена, а также о высокой потребности пациентов в дополнительной информации об уходе за стопами, в регулярных консультациях. По-видимому, необходимо создать сеть подиатрических кабинетов (как в западной медицине). Особое внимание должно уделяться подробному разбору профилактических действий и правилам ухода за нижними конечностями, что следует подкреплять наглядными пособиями (плакатами). Необходим индивидуальный подход к больным с разработкой индивидуальных планов профилактики, схем обучения и последующего наблюдения. Нужны занятия с родственниками пациентов. Цель обучения – мотивация пациента к профилактическому уходу за стопами, выполнению рекомендаций, к проведению самоконтроля и достижению компенсации углеводного обмена. Таким обучением может заниматься специально обученный медицинский персонал первичного звена, диабетологические и подиатрические медсестры. Необходимы специальные подходы к обучению пожилых пациентов, которые из-за плохого зрения и ограниченной подвижности не могут ежедневно осматривать стопы

(домашнее обучение, патронаж на дому). Таким больным нужна помощь обученных членов семей, подиатрических медсестер, специально обученных медсестер амбулаторно-поликлинического терапевтического звена.

Основной вывод из вышесказанного: важным элементом профилактики синдрома диабетической стопы является создание школ здоровья, на занятиях в которых должны акцентироваться ранние клинико-диагностические признаки синдрома диабетической стопы, особенности ранней диагностики и приемы адекватного лечения.

Задачи Школы здоровья для пациентов с диабетической стопой:

- снижение числа случаев декомпенсации;
- улучшение качества жизни больных;
- снижение частоты осложнений, приводящих к инвалидности;
- пропаганда осознанного отношения к заболеванию;
- повышение информированности родственников, пациентов с диабетической стопой о заболевании и методах лечения;



Диабетическая стопа: а, б – до начала лечения; в – через 2 нед после начала лечения; г – на момент выписки из стационара

- разработка индивидуального плана лечения каждого пациента.

Больным с диабетической стопой свойственны повышенная тревожность, склонность к депрессии. Эти пациенты нуждаются в психолого-социальной помощи.

Создание Школы здоровья для больных с диабетической стопой обеспечит высокое качество медицинской помощи пациентам. СД – широко распространенное заболевание, практически неизлечимое, вызывающее тяжелые и разнообразные осложнения, и высокое качество медицинской помощи больным СД можно обеспечить только при коллективном характере работы специалистов.

Рекомендуемая литература

Астамирова Х., Ахманов М. Настольная книга диабетика. – М. – СПб.: Нева, ОЛМА-Пресс, 2008. – 230 с.

Гурьева И.В., Кузина И.В., Воронин А.В. и др. Синдром диабетической стопы: методические рекомендации. – М., 2007. – 190 с.

Гурьева И.В., Комелягина Е.Ю., Кузина И.В. Диабетическая периферическая сенсомоторная нейропатия. Патогенез, клиника и диагностика: методические рекомендации. – М., 2005. – 50 с.

Дедов И.И., Балаболкин М.И., Клебанова Е.М. Современные аспекты патогенеза, классификации, диагностики и лечения сахарного диабета – М. : Грантъ, 2005. – 165 с.

Дроздова Е.А. Эпидемиология сахарного диабета сегодня и в будущем // Материалы IV Региональной научно-практической конференции «Молодежь XXI века – шаг в будущее». – Благовещенск, 2003. – 212 с.

Земляной А.Б. Гнойно-некротические формы синдрома диабетической стопы. Патогенез, диагностика, клиника, лечение: клиничко-лабораторное исследование: автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – М., 2003. – 45 с.

Золотов Г.К., Сытин Л.В., Лобыкин Ф.И. Анализ факторов, влияющих на эффективность оказания протезно-ортопедической помощи населению (к вопросу о протезно-ортопедической доктрине) // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2002; 3: 3–7.

МакДермотт М. Секреты эндокринологии. Пер.с англ. – СПб.: БИНОМ, 2001. – 130 с.

Манаков Л.Г., Нарышкина С.В., Дроздова Е.А. Обучение больных сахарным диабетом // Материалы III Всероссийского диабетологического конгресса. – М., 2004. – 780 с.

Жмуров В.А. Методика определения уровня депрессии. Диагностика эмоционально-нравственного развития. / Под ред. И. Б. Дерманова. – СПб., 2002. – С. 135–139.

Николаева В.В., Арина Г.А. Клиничко-психологические проблемы психологии телесности // Психол. журн. – 2003; 1: 119–126.

Николаева В.В. Психосоматика. Большой психологический словарь / Под ред. Б.Г. Мещерякова, В.П. Зинченко – М.: Олма-Пресс, 2003.

Танненхаус Н. Как победить диабет. – М.: Крон-Пресс, 2001. – 89 с.

Панков В.Е. Инвалидность вследствие сахарного диабета у лиц молодого возраста // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2007; 3: 49–51.

Ромек В.Г., Конторович В.А., Крукович Е.И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. – СПб.: Речь, 2007. – 256 с.

Светухин А.М., Земляной А.Б. Хирургические подходы в тактике лечения гнойно-некротических форм диабетической стопы. Современные аспекты диагностики, лечения, профилактики поражений нижних конечностей у больных сахарным диабетом // Труды науч.-практ. конф. – М., 1996. – С. 177–183.

Стандарты диагностики и обследования больных с синдромом диабетической стопы и групп риска / Сост. Б.И. Яремич. – Самара, 2006. – 200 с.

Старшенбаум Г.В. Психосоматика и психотерапия: исцеление души и тела. – М.: изд-во Ин-та психотерапии, 2005. – 489 с.

Тхостов А.Ш. Психология телесности. – М.: Смысл, 2002.

Уоткинс П.Дж. Сахарный диабет. 2-е изд. – Пер. с англ. – М.: БИНОМ, 2006. – 134 с.

Урванцев Л.П. Психология соматического больного. – Ярославль, 2000. // <http://www.medpsy.ru/meds/meds170.phr>

Фанталова Е.Б. Диагностика и психотерапия внутреннего конфликта. – Самара: Бахрах-М., 2000. – 128 с.

Эрдниева Е.Д., Туркина Н.В., Петрова Л.И. Организация сестринского процесса в диабет-школах // Труды III Международной научно-практической конференции «Сестринское образование в XXI веке. Медико-социальное значение развития сестринского дела. Проблемы и перспективы». – СПб., 2006.

Эрдниева Е.Д. Опыт работы медсестры в диабет-школе // Медицинская сестра. – 2007, № 8. – С. 33–35.

Хромилин В.Н. Роль медсестры в профилактике и лечении синдрома диабетической стопы // Медицинская сестра. – 2004, № 5. – С. 28–31.

TO SET UP A HEALTH SCHOOL FOR PATIENTS WITH DIABETIC FOOT

N.V. Turkina, Cand Med. Sci, Yu.V. Nikolayeva

I.I. Mechnikov Saint Petersburg State Medical Academy

The paper gives information on medical care to patients with diabetes mellitus (DM) complicated by diabetic foot. It shows the value of self-control and health schools for such patients. The awareness of DM is analyzed among patients and their family members.

Key words: diabetes mellitus, diabetic foot, population awareness, Diabetes Mellitus School.