

ФОРУМ

Долгосрочной Опеки

ISSN 2312-5713

ежеквартальный журнал №3 (7)

сентябрь 2015

ДИАБЕТ

Специалисты о заболевании

Долгосрочный уход

seni

НАДЕЖНАЯ ЗАЩИТА И КОМФОРТ ПРИ НЕДЕРЖАНИИ



Дышащий внешний слой

Паропроницаемый внешний слой позволяет коже «дышать», уменьшая тем самым риск возникновения раздражения кожи.



Нейтрализация неприятного запаха

Антибактериальный суперабсорбент не только превращает жидкость в гель, но и нейтрализует неприятный запах.



Эластомерная пряжа без латекса

Все эластичные элементы изготовлены из эластомерной пряжи без латекса, что снижает риск возникновения аллергических реакций у людей, склонных к аллергии на латекс.



Повышенное чувство сухости

Распределяющий слой EDS из нетканого материала обеспечивает более быстрое впитывание и равномерное распределение влаги внутри изделия, что значительно повышает чувство сухости.



Широкий ассортимент впитывающих изделий Seni

позволяет сделать оптимальный выбор
в зависимости от индивидуальных потребностей.



Консультации по продукции и заказ бесплатных образцов по телефону горячей линии Seni:
8-800-200-800-3 (06:00-22:00, кроме выходных и праздничных дней. Звонки по России бесплатные)
www.seni.ru

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ
ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ.

Учредитель:

Общество с ограниченной ответственностью «БЕЛЛА Восток»
Генеральный директор – Е. Горковенко

Юридический адрес:

140300, Российская Федерация,
Московская область, г. Егорьевск
ул. Промышленная, дом 9

Редакция:

главный редактор К. Н. Кузнецова

Адрес редакции:

г. Москва, ул. Шипиловская, д. 28а,
Тел./факс: +7 (495) 726-55-25

Адрес для писем и обращений:

115583, г. Москва, а/я 59
fdo@bella-tzmo.ru
Свидетельство о регистрации
средства массовой информации
№ ПИ № ФС 77-57052 от 25.02.2014
выдано Федеральной службой
по надзору в сфере связи,
информационных технологий
и массовых коммуникаций.

Тираж 1000 экз.

Цена свободная

16+

Отпечатанов в типографии

ООО «Издательство «Перо»
109052, г. Москва,
Нижегородская ул., дом 29-33,
строение 27, офис 105

Верстка и редакция:

ООО «Издательство «Перо»
www.pero-print.ru
e-mail: info@pero-print.ru
Тел.: +7 (495) 973-72-28, 665-34-36

форум

Номер 3 (7), сентябрь 2015

Подписано в печать 11.09.2015

Выход в свет 24.09.2015

Использованы статьи из журнала
«МЕДИ: ФОРУМ ДОЛГОСРОЧНОЙ
ОПЕКИ» Общества долгосрочной
опеки и социальной помощи
«Дом под солнцем»
согласно Лицензионному договору

Перепечатка, копирование или
размножение в любой форме
осуществляются только с разрешения
ООО «БЕЛЛА Восток»

Дорогие друзья!

В сентябрьском номере «Форума долгосрочной опеки» мы рассматриваем проблему сахарного диабета, который врачи называют болезнью XXI века. Его опасность заключается также в том, что он годами может развиваться, никак себя не проявляя, и в результате больной узнает о заболевании слишком поздно, часто – случайно, при появлении другого заболевания. Поэтому стоит узнать, каковы симптомы сахарного диабета, что делать в случае заболевания и как предотвратить или снизить риск возникновения осложнений, в том числе благодаря правильно подобранной инсулинотерапии. Только в этом случае мы сможем успешно помогать страдающим диабетом людям, которые нас окружают.

После прочтения статей, посвященных сахарному диабету, предлагаем несколько интересных статей о лечении боли и хортетерапии.

ООО «БЕЛЛА Восток» выражает огромную благодарность авторам статей.

Приглашаем новых авторов поделиться своим опытом. Свяжитесь с редакцией можно по электронной почте: fdo@bella-tzmo.ru.

Редакция журнала
«Форум долгосрочной опеки»

содержание

Специалисты о заболевании

- 6 Коберска Р.
Сахарный диабет
- 8 Ерохина М. Н.
Диабетическая полинейропатия и синдром диабетической стопы: признаки и меры предупреждения
- 10 Маханьска И.
Осложнения сахарного диабета
- 15 Павловский М.
Инсулинотерапия
- 19 Выговская О. Н.
Диабетическая стопа
- 22 Оцицка-Козакевич А.
Питание больных сахарным диабетом
- 24 Емиоло М.
Оценка риска пролежней и документирование планируемых и осуществляемых мероприятий
- 28 Емиоло М.
Дешевле, чем лекарство, о профилактики пролежней

Долгосрочный уход

- 30 Шевчик-Таранек Б., Томака-Томасик К.
Хортитерапия в лечении лиц, охваченных долгосрочным уходом
- 34 Флашиньска Э. К.
Проблемы управления долгосрочным уходом с точки зрения социальной помощи
- 36 Тедерко П., Красуски М., Горай-Щипёровская Б.
Нефармакологические методы лечения боли



Matoset



Наборы для проведения медицинских манипуляций и процедур:

- наборы перевязочных средств
- процедурные наборы
- наборы для проведения операций
- наборы одноразовых инструментов

Преимущества использования стерильных наборов Matoset:

■ Безопасность

- гарантия микробиологической чистоты
- минимизация риска заражений
- гарантия стерильности до момента вскрытия единичной упаковки

■ Комфорт в работе

- нет необходимости комплектовать, упаковывать, стерилизовать
- наборы имеют этикетку типа TAG

■ ЭКОНОМИЯ

снижение затрат:

- на приобретение нестерильного материала
- на упаковку для стерилизации, вспомогательные материалы (тесты для стерилизации, этикетки), а также на сам процесс

БЕЗОПАСНОСТЬ И КОМФОРТ В РАБОТЕ

ООО «БЕЛЛА Восток»,
тел.: +7 (495) 726-55-25
www.matopat.ru

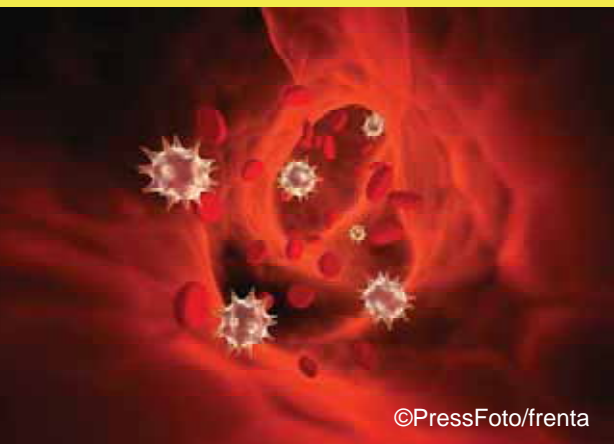
ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

Рената Коберска,

директор Центра социальной помощи г. Калиш (Польша)

Сахарный диабет — это результат нехватки в организме инсулина — гормона, вырабатываемого поджелудочной железой. Роль инсулина можно сравнить с ролью ключа — благодаря ему мы можем попасть в дом, а благодаря инсулину сахар (глюкоза) может попасть во все клетки организма, где он трансформируется, в том числе в энергию. Если в организме не хватает инсулина, сахар накапливается в системе кровообращения.



©PressFoto/frenta

В настоящее время различают два наиболее распространенных типа сахарного диабета: тип 1 и тип 2. У каждого из этих типов свой механизм возникновения.

Сахарный диабет 1-го типа, называемый также инсулинозависимым, или детским, типом, вызывается полным отсутствием инсулина в результате повреждения соответствующих клеток поджелудочной железы. Он распространен среди детей и молодых людей, отсюда и его название. Патогенез болезни до конца не изучен.

Известно только, что данный тип обусловлен генетически, с чем связаны нарушения иммунной системы и в результате — повреждения бета(β)-клеток поджелудочной железы.

Сахарный диабет 2-го типа, называемый также инсулинонезависимым, является наиболее распространенным видом этой болезни. Обычно он возникает из-за нарушения выработки инсулина клетками поджелудочной железы или использования инсулина тканью. Этот тип

диабета чаще всего возникает у людей в возрасте, у лиц, страдающих ожирением и другими нарушениями обмена веществ. В начальной стадии болезни инсулин вырабатывается в большем количестве, но недостаточном для одновременно увеличенных потребностей организма (резистентность к инсулину).

В литературе существует много определений сахарного диабета. Одно из них гласит, что сахарный диабет — это целый набор различных, генетически обусловленных и приобретенных, нарушений обмена веществ, общей чертой которых является невосприимчивость к глюкозе и гипергликемия, а также возникновение со временем в сосудистой и нервной системе, и в других органах изменений, определяемых как хронические осложнения сахарного диабета. Причиной нарушения восприимчивости к глюкозе является дефицит инсулина или недостаточное его действие в ткани.

Термин «сахарный диабет», согласно новой классификации, означает болезнь с полной клинической картиной, а легкое нарушение обмена углеводов определяется как неправильное усваивание глюкозы.

По мнению Я. Татонь, сахарный диабет — это «большая группа болезней и нарушений обмена веществ различной этиологии, которые характеризуются постоянной патологической гипергликемией натошак, между приемами пищи, а также после приема пищи, следующей из-за нарушения выработки инсулина бета-клетками панкреатических островков или нарушения реакции клеток, тканей и периферических органов».

В 1997 году Американская ассоциация American Diabetes Association разработала новую классификацию сахарного диабета, в которую в 2003 году были внесены некоторые изменения, и в настоящий момент она выглядит следующим образом:

– **сахарный диабет 1-го типа** — повреждение бета-клеток, приводящее к абсолютному дефициту инсулина;

– **сахарный диабет 2-го типа** — последовательные нарушения выработки инсулина и инсулиновая резистентность;

– **другие особые типы сахарного диабета** — вызваны генетическими дефектами функции бета-клеток или действия инсулина, внешнесекреторной недостаточностью поджелудочной железы, некоторыми лекарствами или химическими средствами;

– **сахарный диабет у беременных** — обнаруживается во время беременности.

Классификация сахарного диабета 2-го типа по теории Я. Татонь

1. Генетически обусловленный диабет:

– сахарный диабет у членов семьи;

– возникновение эритемы после употребления хлорпропамида или алкоголя;

– диабет, связанный с синдромами, вызванными генетическими нарушениями;

– синдром сахарного диабета 2-го типа у молодых людей.

2. Диабет, обусловленный питанием:

- с гиперпластическим ожирением;
- с гипертрофическим ожирением;
- без ожирения.

3. Диабет, обусловленный нарушениями клеточной реактивности к инсулину:

- избыток гормональных «антиинсулиновых» факторов;
- с нарушениями функции инсулинового рецептора.

Каждый из указанных подтипов можно разделить на сахарный диабет 2-го типа, который лечится:

- одной только диетой;
- доступными гипогликемизирующими средствами;
- инсулином.



© PressFoto/YayMicromoodboard

Сахарный диабет 2-го типа часто протекает скрыто, характерные симптомы могут не проявляться. Эта болезнь приобретает форму «маски» и может быть обнаружена только тогда, когда симптомы усиливаются при возникновении другого заболевания. Симптомы «маски», характерные для диабета 2-го типа, следующие:

- **кожные проявления** – зуд кожи, особенно в области половых органов, фурункулы, молочница, онихомикоз, плохое заживление ран, ксантомы, выпадение волос;
- **со стороны половой системы** – у женщин: бактериальный вагиноз, кандидоз влагалища, нарушения менструального цикла, выкидыши; у мужчин – эректильная дисфункция;
- **симптомы со стороны нервной системы** – онемение, жжение, снижение чувствительности, особенно пальцев рук и ног, ночные судороги в области икр, паралич одного из нервов;
 - усталость, слабость;
 - затуманенное зрение.

К типичным симптомам сахарного диабета 2-го типа относятся:

- общая слабость;
- сильная жажда;
- увеличение аппетита;
- похудение;
- полиурия;
- частые инфекции;
- воспалительные состояния и зуд кожи.

Каждая клетка нашего организма нуждается в глюкозе, т. е. в сахаре, который является источником энергии и влияет на правильное функционирование мозга, мышц, печени, почек и сердца. Чтобы глюкоза могла проникнуть в клетку, нужен инсулин. Если клетки станут резистентны к действию гормона, сахар не проникнет в них, а будет циркулировать по системе кровообращения. Это приведет к высокой концентрации глюкозы в крови (гипергликемия) и так называемому клеточному голоданию. Организм, защищаясь от недостатка сахара, запустит механизм усиленного аппетита, но из-за отсутствия инсулина глюкоза из пищи не попадет в ткань, а будет выводиться с мочой.

Нераспознанный сахарный диабет 2-го типа ведет к опасным осложнениям: атеросклерозу, инфаркту, инсульту или заболеванию, связанным с повреждением больших кровеносных сосудов. К ним относятся и ретинопатия (заболевание глаз), которая может привести к потере зрения. Больным грозит также почечная недостаточность или нарушения кровообращения и иннервации нижних конечностей. Все это ведет к развитию так называемого синдрома диабетической стопы, т. е. возникновению на ноге ран и язв. Если это заболевание не начать лечить вовремя, больному грозит ампутация конечности.

С сахарным диабетом можно жить нормально, если соблюдать основные правила, перечисленные ниже.

Обучение, осознание последствий — при сахарном диабете, как и при других болезнях, важно понимание того, что за свое здоровье отвечает сам пациент.

Питание — при соответствующей лечебной терапии диета ничем не отличается от диеты, рекомендуемой здоровым людям.

Физические упражнения — прогулки, занятия спортом долж-

ны войти в привычку, потому что физические упражнения обеспечивают хорошую форму каждому человеку.

Лекарства — современное лечение заключается в терапии, позволяющей воспроизвести процессы, похожие на те, которые происходят в организме здорового человека.



© PressFoto/Pressmaster

Литература

1. Чижик А. Энциклопедия больного сахарным диабетом. Варшава: PWN, 1992.
2. Татонь Я. Справочник для лиц, страдающих сахарным диабетом 2-го типа. Варшава: PZWL, 2002.
3. Татонь Я. Клиническая диабетология. Варшава: PZWL, 1986.
4. Хиен П. Сахарный диабет, краткий курс диабетологии. Варшава: Спринтер PWN, 1997.
5. Хиен П. Сахарный диабет, краткий курс диабетологии. Варшава: Спринтер PWN, 1997. ■

ДИАБЕТИЧЕСКАЯ ПОЛИНЕЙРОПАТИЯ И СИНДРОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ: признаки и меры предупреждения

Маргарита Николаевна Ерохина,

доцент кафедры неврологии, психиатрии и наркологии ФПКВ ГБОУ ВПО "Нижегородская государственная медицинская академия" МЗ РФ, кандидат медицинских наук, г. Нижний Новгород (Россия)

Сахарный диабет – это хроническое заболевание, вызванное абсолютной или относительной недостаточностью инсулина.



© PressFoto/chaoss

Чрез несколько лет после начала заболевания фиксируется поражение периферических нервов – развивается картина диабетической полинейропатии.

Ее проявления коррелируют с возрастом пациента, стажем диабета и, самое главное, – со степенью его компенсации (по статистике, если уровень глюкозы поддерживается в пределах нормы, то клиника полинейропатии развивается только у 10% больных). В первую очередь поражаются наиболее длинные чувствительные волокна периферических нервов, которые идут к стопам и кистям, причем поражение стоп всегда более значительное – возникает синдром «носок» («перчаток»). Симптоматика может быть как «положительной», так и «отрицательной»: снижение (потеря) чувствительности или гиперчувствительность кожи, чувство жжения или покалывания в конечностях, а также зябкость и похолодание стоп, ночные боли; сухость, шелушение или повышен-

ная влажность стоп; невозможность чувствовать движения в пальцах стоп и стопах, в связи с чем могут быть нарушения равновесия. Позднее присоединяется и поражение двигательных нервов, что проявляется снижением мышечной силы в стопах (и кистях) и деформацией стоп (и кистей).

Люди, страдающие сахарным диабетом, хорошо знают, что именно их ноги нуждаются в регулярном тщательном уходе. Ведь помимо поражения периферических нервов длительное повышенное содержание глюкозы в крови губительно действует на крупные (макроангиопатия) и мелкие (микроангиопатия) сосуды, а также на костно-мышечную ткань. К тому же следует помнить, что нижние конечности, особенно лодыжки и стопы, изначально снабжаются кровью хуже из-за их удаленности от сердца.

Как результат сочетанного поражения многих систем может развиваться такое позднее осложнение сахарного диабета, как синдром диабетической стопы. Безусловно, риску развития диабетической стопы подвержены все без исключения больные сахарным диабетом, но у некоторых категорий пациентов вероятность развития такого осложнения особенно велика. Прежде всего это лица, у которых диагностирована уже упомянутая периферическая полинейропатия (и другие осложнения диабета), а также имеющие в анамнезе язвы, ампутации конечностей или патологию кровеносных сосудов. В группе риска и больные с артериальной гипертензией и высоким уровнем холе-

стерина в крови, лица, злоупотребляющие алкоголем и табаком. Особое место в группе риска занимают пациенты с нарушениями зрения. Существуют три формы синдрома диабетической стопы:

1. При нейропатической форме преобладает поражение нервной ткани (признаки формы описаны выше в картине полинейропатии).

2. При ишемической форме имеет место нарушение кровотока (признаки формы – повышенная утомляемость ног, боли в ногах при ходьбе, стойкий отек стопы, пигментация кожи).

3. При смешанной форме наблюдаются проявления и нейропатической, и ишемической форм. Эта форма чаще всего отмечается у пациентов с длительным стажем диабета.

Собственно диабетической стопе предшествуют так называемые «малые проблемы», а именно: грибковое поражение ногтей и кожи стоп, вросший ноготь, потемнение ногтя, мозоли, натоптыши и трещины на коже пяток, деформации стоп в виде увеличенной косточки большого пальца или молоткообразных пальцев (палец согнут в первом суставе). Отдельно следует выделить возможные порезы при обработке кожи стоп. Игнорировать «малые проблемы» нельзя, т. к. именно они могут привести к развитию глубоких повреждений.

На что следует обратить внимание, чтобы снизить вероятность формирования диабетической стопы?

В основе профилактики диабетической стопы лежит лечение



© PressFoto/rukhlenko

сахарного диабета как основного заболевания: диета, строгое соблюдение рекомендаций по приему препаратов, постоянный контроль уровня глюкозы в крови – поддержание уровня на цифрах, близких к норме, около 6,5 ммоль/л. Также необходим контроль артериального давления – не выше 130/80 мм рт. ст., содержания холестерина в крови – не выше 4,5 ммоль/л. И, конечно, отказ от курения.

Действия на этапе «малых проблем»

Если ногти становятся толще обычных, изменяется их цвет и прозрачность, то это, скорее всего, свидетельствует о грибковом поражении – необходима консультация дерматолога для назначения соответствующего лечения.

При появлении воспаления вследствие вросшего ногтя необходимо срочно обратиться к хирургу, который удалит край ногтевой пластинки.

При потемнении ногтя, которое чаще всего происходит вследствие давления тесной обуви и приводит к подногтевому кровоизлиянию, следует немедленно прекратить ношение такой обуви, а если появляется нагноение – обратиться к хирургу. Если имеют место деформация стопы, мозоли или натоптыши, то необходима консультация ортопеда для подбора ортопедической обуви, стелек и других средств, устраняющих давление на кожу.

Трещины на пятках связаны с повышенной сухостью кожи и легко могут изъязвляться. При выборе обуви необходимо ориентироваться только на модели с закрытой задней частью. Если трещины стали глубокими и начали кровоточить, следует незамедлительно обратиться в Кабинет диабетической стопы.

Важным этапом лечения диабетической стопы является разгрузка конечностей: необходимо больше времени проводить в положении лежа или сидя, носить специальную ортопедическую обувь.

И, конечно, очень важен правильный ежедневный уход за ногами:

- Большой сахарным диабетом (или кто-то из близких при невозможности сделать это самостоятельно) должен 2 раза в день производить осмотр ног и наносить препараты для ухода за кожей с целью защиты от инфекций.



© Pressfoto/Wisky

- Необходимо ежедневно мыть ноги теплой водой (температура не выше 35°C) и мягким мылом, но не более 2–3 минут, без использования щеток и средств, которые приводят к пересушиванию кожи. Не допускается распаривание мозолей в горячей воде и использование пластырей и средств для размягчения. Ноги следует тщательно высушивать, особенно промежутки между пальцами, после чего кожу стоп смазывать кремом, а промежутки между пальцами припудривать. Допустимо применение быстровпитывающихся спреев и пенки (при отсутствии открытых ран).

- Ногти на ногах нельзя подстригать под корень, а нужно оставлять 1 мм или подпиливать индивидуальной пилкой прямо, не закругляя уголки (их можно только немного притупить), чтобы не допустить последующего врастания ногтя. При плохом зрении или избыточном весе лучше попросить о помощи родственников. При случайном порезе кожи рану необходимо промыть противомикробным средством, не обладающим дубящим действием (хлоргексидин, мирамистин и др.), и наложить стерильную повязку.

- Для улучшения состояния кожи втирают мягко, не травмируя, увлажняющие и смягчающие препараты без высокого содержания спирта и салициловой кислоты (они сильно пересушивают кожу). Оптимальным является использо-

вание кремов и мазей с содержанием мочевины (Каллюзан и др.).

- Можно носить только хлопковое белье, т. к. синтетика не пропускает воздух. Ежедневно менять колготки, носки или чулки. Нельзя носить узкие или заштопанные носки, носки с тугой резинкой.

- Ноги должны быть всегда в тепле, особенно зимой (носить теплые или легкие носки), но использование грелок категорически запрещено.

- Нельзя сидеть со скрещенными ногами и нога на ногу.

- Необходимо делать регулярные упражнения для ног.

- Чтобы увлажнить кожу изнутри, нужно пить больше воды.

- Нельзя ходить босиком, даже дома.

Все эти меры принимаются для того, чтобы избежать самой тяжелой формы диабетической стопы – диабетической гангрены, которая возникает, если на фоне нарушения кровообращения в стопе и голени в открытых ранах развивается анаэробная инфекция. Процесс этот достаточно скоротечный и может привести к гибели больного. На сегодняшний день основным средством лечения гангрены является ампутация. Дополнительными методами служат применение антибиотиков и снятие интоксикации. Однако ампутацию можно предотвратить, если своевременно и правильно начать лечение синдрома диабетической стопы. ■

ОСЛОЖНЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Иоланта Маханьска,

преподаватель по вопросам сахарного диабета (Польша)

Сахарный диабет – одно из серьезных заболеваний по своим последствиям как для здоровья отдельно взятого больного, так и для экономики страны в целом. Число заболевших постоянно растет. Эта проблема касается людей любого возраста и в любой стране.



© PressFoto/123nata123

Это болезнь, которая с момента возникновения сопровождает больного всю его жизнь, как правило, несколько десятков лет. Она является прямой и непрямой причиной инвалидности – слепоты, почечной недостаточности и ампутации нижних конечностей, прогрессирования ишемической болезни сердца, инсульта и ранней смерти.

Осложнения сахарного диабета можно разделить на **острые** и **тяжелые**. Первые – это состояния, при которых внезапно возникают глубокие нарушения обмена веществ, связанные обычно с нарушениями водно-электролитного и кислотно-щелочного баланса. Они в короткий срок приводят к значительному ухудшению общего состояния, к нарушениям сознания и нередко – к смерти.

Вторую группу составляют **тяжелые** осложнения, для которых характерны синдромы неадекватности и симптомы, являющиеся клиническим показателем изменений в сосудах, нервах и других органах. Они возникают по мере увеличения стажа сахарного диабета и приводят к инвалидности и преждевременной смерти.

Острые осложнения

Острые нарушения обмена веществ – диабетические комы, по сути, являются не осложнением сахарного диабета, а следствием дефицита инсулина. До изобретения инсулина это была последняя стадия болезни. Сейчас они могут иметь место в случае неправильного лечения или отсутствия такового. У диабетических ком различное течение, что следует из разных патогенетических механизмов, которые приводят к этому состоянию.

На сегодняшний день различают следующие виды ком:

- кетоновая (кетоацидотическая);
- осмотическая (гиперосмолярная);
- молочнокислая (лактатацидемическая).

Кетоновая кома возникает чаще всего (в основном у больных сахарным диабетом 1-го типа – са-

харный диабет молодежи с абсолютным дефицитом инсулина) и лучше всего распознается. Развивается на фоне кетоацидоза, которому особенно подвержены лица, полностью лишённые бета-клеток островков поджелудочной железы.

Причины:

- заражения, особенно гнойные, при которых быстро возрастающая резистентность к инсулину приводит к резкому увеличению потребности в нем;

- тяжелые системные заболевания, такие как острый инфаркт миокарда, инсульт, пневмония или серьезные хирургические операции;

- беременность, в течение которой возникает резистентность к инсулину и увеличивается потребность в нем;

- отсутствие обучения больного – часто недоученные больные прерывают прием инсулина из-за потери аппетита (высокая температура) и страха перед гипогликемией.

Клиническая картина достаточно разнообразна, а интенсивность и тип возникающих неадекватностей и симптомов не всегда формируются параллельно с результатами лабораторных анализов.

Симптомы можно разделить на несколько групп:

– **Последствия обезвоживания:** очень сильная жажда, полиурия, достигающая несколько литров в сутки, сухость языка и слизистых оболочек, сухость кожи, мягкость глазных яблок. Сначала повышается температура тела, которая, если не произойдет заражения, переходит позже в гипотермию: происходит снижение кровяного давления, особенно у пожилых людей, в тяжелых случаях может наблюдаться отсутствие пульса и посинение дистальных частей тела.

– *Нарушения со стороны пищеварительной системы:* рвота густой консистенции, боль в животе (ketotic abdomen), характерна картина «острого живота», увеличение печени.

– *Нарушения дыхания:* дыхание Куссмауля (дыхание загнанной собаки) – глубокое и учащенное, характеризующееся четырьмя фазами: вдох – пауза – выдох – пауза; в выдыхаемом воздухе чувствуется характерный запах ацетона – запах гнилых яблок.

– *Нарушения сознания.*

В развитии кетоновой комы можно различить четыре этапа:

1. чувство усталости, нарушение равновесия и зрения;
2. состояние сонливости, нарушение мышления;
3. глубокий сон с сохраняющимся воздействием на болевые раздражители; ослабление физиологических рефлексов;
4. глубокая неврологическая кома с отсутствием реакции на болевые раздражители и физиологические рефлексы.

Лечение

С момента распознавания диабетической комы или состояния, которое грозит ее появлением, больного необходимо немедленно доставить в ближайшую больницу. Идеальный вариант, если больница располагает диабетологическим отделением с палатой интенсивного наблюдения.

Лечение кетоновой комы включает в себя:

- введение инсулина – лучше всего непрерывное введение с помощью насоса;
- восполнение водно-электролитного дефицита;
- назначение щелочных препаратов;
- лечение осложнений.

Гипогликемия

Гипогликемия – еще одно состояние, которое является осложнением не сахарного диабета, а применяемого лечения. Состояния пониженного содержания сахара в крови разной степени являются наиболее частым осложнением, встречающимся у людей, которые лечатся инсулином. Поэтому каждый, кто имеет контакт с диабетиком, должен знать о гипогликемии.



© PressFoto/Auris

К возникновению гипогликемии приводят:

- ошибки в инсулинотерапии: назначение слишком большой дозы инсулина, ошибка в измерении дозы при набирании инсулина, когда у больного уменьшилась масса тела, лечение диетой оказалось более тщательным;
- желание в самый короткий срок устранить нарушения обмена веществ путем чрезмерного увеличения дозы быстродействующего инсулина;
- ошибки в питании: слишком большие перерывы между приемами пищи, слишком малое количество углеводов в еде, алкоголь;
- нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта: рвота, понос, нарушения в освобождении желудка;
- изменения в усвоении инсулина: изменение места инъекции, работа мышц бедра в области, в которую вводится инсулин (ходьба сразу же после осуществления инъекции), изменение глубины инъекции, случайный внутримышечный или внутривенный укол;
- использование новой ампулы инсулина: препарат может быть более активным, чем предыдущий, который находился при комнатной температуре;
- снижение потребности в инсулине в результате эмоционального возбуждения, менструации, гормональных нарушений;
- прием лекарств, снижающих гликемию: ацетилсалициловая кислота, бета-адренергические средства;

- чрезмерные физические нагрузки;
- естественная ремиссия сахарного диабета.

Симптомы гипогликемии достаточно многочисленны. Особенно богатой и индивидуально разнообразной является субъективная симптоматология. Объективные симптомы более скудные и неспецифические. Время и скорость нарастания симптомов зависят в большей степени от типа применяемого инсулина, величины вводимой дозы и графика введения доз в течение дня.

При гипогликемии наблюдаются следующие симптомы:

– *Нейровегетативные* (катехоламиновые): возбужденное состояние, слабость, бледность кожных покровов, потливость, расширение зрачков, тахикардия, умеренное повышение давления.

Симптомы появляются при концентрации глюкозы 3,5–3,0 ммоль/л.

– *Симптомы нейрогликопении* возникают из-за снижения поступления глюкозы в мозг. Их можно разделить на **психические** симптомы: беспокойство, нарушение мышления, когнитивные нарушения, невозможность сосредоточиться, изменение личности, амнезия, маниакальное поведение, делирий, а также **неврологические** симптомы: нарушение речи, зрения, тонические и клонические спазмы мышц, гиперрефлексия, положительный симптом Бабинского, потеря сознания. Симптомы возникают, когда концентрация глюкозы достигает около 2,5 ммоль/л.

Нейровегетативные симптомы – это предупредительный сигнал для больного о том, что ему угрожает нейрогликопения. Они являются показанием для специальной профилактической процедуры – употребления еды или сахара. По мере течения сахарного диабета эти симптомы ослабевают или полностью исчезают.

Лечение заключается в немедленной подаче углеводов в количестве, достаточном для увеличения концентрации глюкозы в крови. Мягкие гипогликемические состояния подавляются дополнительным приемом пищи или, в случае необходимости, нескольких кубиков сахара, которые больной сахарным диабетом всегда должен иметь при себе.

При потере сознания вводится 1 мг глюкагона. Когда больной приходит в сознание, его необходимо кормить, а также поить сладкой жидкостью до тех пор, пока гликемия не вернется к нужным показателям. Если есть возможность вводить препараты внутривенно, следует ввести 1 мг глюкагона под кожу, затем 5- или 10-процентную глюкозу до тех пор, пока гликемия не стабилизируется. В случае значительной передозировки инсулина после частичного улучшения содержания сахара в крови может понизиться снова. Такому больному необходима госпитализация. В

большинстве случаев прогнозирование гипогликемии вполне возможно. Она подавляется быстро и без труда. Однако многократные повторяющиеся состояния пониженного содержания глюкозы создают длительную угрозу, следующую из подавления предупреждающих симптомов и нарушения нейрогормональной регуляции гомеостаза гликемии.

Резкие и тяжелые гипогликемические «скачки» могут привести к смерти или длительным повреждениям центральной нервной системы, а также к продолжительному сохранению психических и неврологических симптомов. Возникновение у больного, который лечится инсулином, состояния гипогликемии, является тревожной ситуацией и требует быстрого определения причины этого осложнения, а в случае необходимости – лечения. Следует осуществлять соответствующие терапевтические программы, предусматривая участие в них больного таким образом, чтобы максимально снизить риск этого осложнения.

Длительные осложнения сахарного диабета

Чертой, характеризующей ряд изменений в органах, называемых длительными осложнениями сахарного диабета, является их медленное развитие в течение многих лет. Они отчетливо про-

являются в виде определенных клинических синдромов или менее специфических симптомов в более позднем периоде болезни, и только тогда становятся причиной инвалидности и угрожают жизни. По этой причине их также называют поздними осложнениями сахарного диабета. Длительная бессимптомная эволюция изменений несет в себе опасность недооценки их вредного влияния на прогнозирование развития заболевания.

К основным поздним осложнениям сахарного диабета относятся:

- изменения в сосудах – диабетическая ангиопатия; изменения касаются как больших сосудов – макроангиопатия, так и малых сосудов и капилляров – микроангиопатия;
- изменения в периферических нервах – нейропатия;
- изменения вне системы кровообращения и нервной системы: желудочно-кишечный тракт, кожа, опорно-двигательная система, глаза (хрусталик).

Микроангиопатия (болезнь малых сосудов) – это присущие сахарному диабету изменения в капиллярах, возникающие во всех органах, в которых сосуды имеют базальную мембрану. Например, изменения капилляров в глазах и почках приводят к настолько значительным повреждениям этих органов, что проявляются в виде характерных клинических синдромов. Эти синдромы являются причиной инвалидности и даже преждевременной смерти.

Цель лечения – получить самые лучшие клинические и биохимические показатели, которые только возможны. Однако важно, чтобы изменения наступали относительно медленно. Слишком резкие попытки «выравнивания» состояния могут привести к ускоренным изменениям. При симптоматическом лечении используются препараты, уплотняющие сосуды.

Профилактика сводится к оптимальному лечению сахарного диабета с самого начала возникновения болезни с использованием современных методов. Рекомендуется проведение ранней профилактики в виде регулярного анализа глазного дна, а также почечной деятельности.

Макроангиопатия – это болезнь больших сосудов, ее ана-



© PressFoto/Kzenon

томической основой является атеросклероз, в меньшей степени – затвердение артерий. Изменения в артериях происходят при сахарном диабете достаточно часто, возникают рано и постоянно прогрессируют, что впоследствии приводит к инвалидности или преждевременной смерти. При этом они достаточно распространены среди больных диабетом 2-го типа, особенно у пожилых людей.

Характерными для лиц с сахарным диабетом в период болезни больших сосудов являются:

Ишемическая болезнь сердца – она возникает чаще всего и является основной причиной смертности больных сахарным диабетом. Ее характерная черта – бессимптом-

ные и безболезненные инфаркты миокарда. Приблизительно у 8% больных сахарным диабетом, как женщин, так и мужчин, при ЭКГ обнаруживаются изменения, свидетельствующие о приобретенном некрозе миокарда. В основном это касается больных с длительным течением сахарного диабета, у которых ишемическая болезнь сердца сосуществует с другими поздними осложнениями.

Церебрально-сосудистая недостаточность – это ряд несвойственных сахарному диабету неврологических синдромов, являющихся клиническим проявлением нарушения мозгового кровотока, спровоцированного атеросклерозом и затвердением артерий. У

пациентов с сахарным диабетом в редких случаях наблюдаются кровоизлияния в мозг. Преобладают тромбоэмболические изменения, результатом которых является ишемический инсульт. Приблизительно у половины больных сахарным диабетом с инсультом обнаруживаются одновременные изменения типа микроангиопатии, ретинопатии и нефропатии.

Сосудистые заболевания нижних конечностей – это «эквивалент» тромбоэмболии артерий. Название «сосудистые заболевания нижних конечностей» ввел Комитет экспертов по сахарному диабету ВОЗ, чтобы обратить внимание на то, что:

– изменения в сосудах больных



© Pressfoto/Nejron

сахарным диабетом более разнообразны и кроме атеросклероза больших сосудов приводят также к затвердению артерий и болезни малых сосудов, в связи с этим они более обширны и доходят до конца конечности;

– изменения при сахарном диабете определенным образом сосредотачиваются в области нижних конечностей, где они выражены в большей степени, чем в других участках сосудистой системы.

Закрытие просвета артерии резко или (что встречается чаще) медленно образованным тромбом приводит к некрозу наиболее отдаленных участков стопы, т. е. к гангрене стопы (*gangrena pedis diabetica*), которую из-за сложности ее патогенеза следует расценивать как отдельный клинический синдром. Сосудистое заболевание нижних конечностей может быть причиной инвалидности.

Артериальная гипертензия – у лиц, больных сахарным диабетом, возникает в 2 раза чаще, чем у остальных людей.

Диабетическая нейропатия – это повреждение нервной системы различного вида, а ее клинические проявления следующие.

Периферическая симметричная сенсомоторная нейропатия характеризуется ранним повреждением чувствительных нервов, в меньшей степени – двигательных нервов, при этом местом для изменений являются нижние, значительно реже – верхние конечности.

Для клинической картины на начальном этапе характерны покалывание, жжение, реже – резкие и жгучие боли в области стоп.

Недомогания возникают во время отдыха, нарастают ночью под воздействием тепла. Иногда могут появляться тепловые парестезии и чувство холода, несмотря на то, что стопы теплые. Часто возникает также синдром «неспокойных ног», вынуждающий постоянно ими двигать, менять положение, передвигаться.

При нейропатии средней тяжести недомогания усиливаются. Особенно невыносимым становится жжение в области стоп. Одновременно появляются области сниженной поверхностной чувствительности, находящиеся в основном в дистальных участках конечностей, которые дают эффект «рукавиц» или «носков».

Тяжелая нейропатия ведет к нарушению всех форм поверхностной чувствительности и вибрации. Нарушения чувствительности сопровождаются отказом физиологических рефлексов. Появляются области гипестезии, способствующие безболезненным травмам. На более позднем этапе возникают парезы и атрофии мышц, чаще всего касающиеся выпрямителей и малых мышц стопы, а в верхней конечности – мышц, иннервируемых локтевым нервом. Мышечные изменения сопровождаются нейротрофическими костно-суставными изменениями.

Фокальная нейропатия (мононейропатия) – это осложнение, заключающееся в повреждении отдельного чувствительного или двигательного нерва или нескольких нервов одновременно, но в этом случае изменения не являются симметричными и касаются нервов, находящихся в различных частях тела. Полагают, что прямой причиной служит резкая ишемия, спровоцированная закупоркой питательного сосуда. Основные симптомы мононейропатии – очень сильные боли с отдачей, характерной для занятого нерва и пареза. Чаще всего изменениям подвержены бедренный, седалищный, малоберцовый, срединный и локтевой нервы. Несмотря на драматическое течение, через несколько недель или месяцев наступает полное выздоровление.

Нейропатия вегетативной нервной системы (вегетативная нейропатия) характеризуется изменениями как периферических афферентных нервов, так и центральных нервов симпатической и парасимпатической системы.

Клиническая картина включает в себя различные группы симптомов, отражающих дисфункцию отдельных органов и систем.

Синдром диабетической стопы – это собирательное определение изменений, которые происходят на стопах у лиц, длительное время страдающих сахарным диабетом. Их основной причиной является свойственное сахарному диабету повреждение нервов стоп – диабетическая нейропатия. К этому добавляются изменения в суставах, связках и костях стопы, а также сосудистые изменения, в результате чего стопа подвергается деформации, углубляется ее

продольный свод. На подошве образуются вдавленные места, кожа реагирует на них образованием мозолей и трещин, которые являются причиной развития инфекций и язв стопы.

Клинические симптомы патологических изменений в нижних конечностях:

- Изменения в васкуляризации: атеросклероз, затвердение артерий, микроангиопатия тканей стопы, ишемия мягких тканей и костей стопы с образованием очагов омертвения, инфекционного или неинфекционного.

- Изменения, касающиеся иннервации стопы: потеря или нарушение чувствительной иннервации (уменьшение или потеря чувства боли, температуры, осязания, вибрации); опорно-двигательного аппарата (расстройство напряжения мышц стопы и опорно-двигательного аппарата, атрофия мышц); автономного регулирования (расстройство регуляции тока крови через стопу); нарушения трофики суставов (возникновение деформаций, нарушение потоотделения).

- Изменения на коже: бледная или белесая кожа, дряблая, сухая, потрескавшаяся, атрофия волосяного покрова, нарушение роста ногтей, мозоли, очаги омертвения и язвы.

- Изменения в мышцах: потеря силы, изменение напряжения, атрофия, контрактуры.

- Изменения в костях: атрофия костей, очаги асептического или инфекционного некроза, деформации.

Лечение зависит от степени поражения стопы. Вместе с диагностированием сахарного диабета начинается консервативное лечение. Необходимо стремиться восстановить правильный обмен веществ, избегать (а лучше полностью прекратить) курения и употребления алкоголя. Следует ввести интенсивную программу общих физических упражнений, а также упражнений для стоп и постоянно ухаживать за ними. ■

ИНСУЛИНОТЕРАПИЯ

Мачей Павловский,

Клиника внутренних болезней и диабетологии, Медицинский университет г. Лодзь (Польша)

Он начал получать внутримышечно раствор, созданный благодаря исследованиям, проводимым Бантингом, Бестом и Коллипом в Торонто. С того момента инсулин навсегда был введен в стандарты лечения сахарного диабета 1-го типа. Раньше эта болезнь была смертельной, а средняя продолжительность жизни при ней составляла 12 месяцев.

В настоящее время инсулин применяется повсеместно, как в группе пациентов, страдающих сахарным диабетом 1-го типа, так и в группе больных сахарным диабетом 2-го типа. Он принимается в виде подкожных инъекций с помощью шприцов-ручек. Укол делается в кожу живота, боковую область бедра, ягодиц, в плечи, в область над трицепсом, а также над лопатками с помощью игл длиной от 5 до 12 мм. Правильно сделанный укол абсолютно безболезненный. Однако следует помнить, что необходимо регулярно менять место введения инсулина, особенно в случае с пациентами, у которых применяется интенсивная инсулинотерапия. Введение инсулина в одно и то же место может привести к разрастанию жировой ткани (липогипертрофия), что значительно ухудшает его усвоение.

Внутривенный способ следует выбирать при острых состояниях (ацидоз, значительная гипергликемия), тогда, когда доза инсулино-

Открытие инсулина и его роли в организме человека стало настоящим прорывом в медицинской науке XX века. Впервые инсулин был применен 23 января 1922 года. Пациентом был 14-летний мальчик, который три года страдал сахарным диабетом 1-го типа и в момент поступления в больницу едва весил 29,5 кг.

на должна быть точной (операционные процедуры), и в некоторых диабетологических центрах для оценки нуждаемости в инсулине. Внутривенно вводят препараты инсулина кратковременного действия. Время действия инсулина, введенного этим способом, составляет несколько минут.

Много лет продолжается работа по изучению альтернативных путей введения инсулина. Наиболее многообещающие результаты были получены при введении инсулина через дыхательные пути. Но в ежедневной практике это оказалось малоэффективным, и многие фирмы отказались проводить дальнейшие исследования. Другие пути, такие как щечный, назальный, пероральный, остаются пока предметом изучения.

Лечение сахарного диабета 1-го типа

Инсулин является лекарством, спасающим жизнь пациенту, который страдает сахарным диабетом 1-го типа, и должен применяться с момента его диагностирования. После публикации результатов исследования DCCT единственной рекомендуемой схемой лечения стала интенсивная инсулино-



© PressFoto/SimpleFoto

терапия. Идея этой формы терапии состоит в воспроизведении физиологического выделения инсулина. Здесь мы применяем инсулин кратковременного действия перед основными приемами пищи, и инсулин продленного действия, заменяющий основное выделение, перед сном (табл. 1).

Таблица 1. Типы инсулина и их характеристика

Тип инсулина		Начало действия, мин	Пик действия, ч	Время действия, ч
Кратковременного действия	Actrapid Humulin R Gensulin R Polhumin R	30–45	1–3	6–8
Средней продолжительности действия	Gensulin N Humulin N Insulatard Polhumin N	60–90	3–10	12–18

Развитием этого метода является терапия с использованием насоса для непрерывного подкожного введения инсулина. Подкожные насосы для детей до 18 лет в Польше полностью финансируются государством.

Это устройство запрограммировано так, чтобы в соответствующий момент вводить надлежащую дозу инсулина. Перед планируемым приемом пищи пациент увеличивает скорость введения инсулина, снижая гипергликемию, которая наступает после приема пищи.

Используемые в настоящее время виды инсулина производятся искусственным способом, а их аминокислотная последовательность идентична инсулину человека.

Типы инсулина кратковременного действия следует вводить за 30–40 минут до начала приема пищи. Благодаря такому порядку их максимальное действие приходится на момент самой высокой концентрации глюкозы после приема пищи. Введение инсулина этого типа непосредственно перед приемом пищи может привести к постпрандиальной гипогликемии. Чтобы снизить риск гипогликемии, на рынок были выпущены аналоги человеческого инсулина кратковременного действия. Путем изменения последовательности аминокислот было достигнуто более быстрое поглощение из подкожной ткани. Благодаря этому данные типы инсулина характеризуются более быстрым началом и менее длительным периодом действия. Рекомендуется вводить их за 10–15 минут до еды (табл. 2).

В виде исключения можно вводить их после еды. Это важно в случаях с детьми и лицами пожилого возраста. В данных возрастных группах зачастую трудно предвидеть, сколько пациент съест. Дозу инсулина в этом случае можно «подогнать» к количеству принятой пищи.

Типы инсулина продленного действия (NPH) обычно вводят один раз в день, перед сном. Они заменяют основное выделение инсулина. Эффектом введения инсулина продленного действия перед сном является гликемия, оцениваемая натошак.

Нужно помнить о том, что, применяя терапию инсулином кратковременного действия, необходимо использовать также инсулин продленного действия. Часто в больничных условиях рекомендуется введение инсулина кратковременного ускоренного действия, согласно профилю гликемии. Следствием этого является гипергликемия натошак, которая должна быть снижена путем введения большей дозы инсулина кратковременного действия.

Типы инсулина продленного действия, так же как и типы инсулина кратковременного действия, имеют свой пик действия. Необходимо помнить, что увеличивая дозу, мы увеличиваем также и пик действия. Это может привести к возникновению гипогликемии в ночное время. При использовании аналогов инсулина кратковременного действия рекомендуется вводить инсулин продленного действия также утром.

Лечение сахарного диабета 2-го типа

Основным показанием для использования инсулина в терапии сахарного диабета 2-го типа является неэффективность лечения с применением пероральных препаратов. Однако все чаще инсулин вводится периодами на начальном этапе болезни, что существенно улучшает выделение бета-клеток. Согласно рекомендациям Польского диабетологического общества (ПДО), если гликемия превышает 16 ммоль/л и появляются выраженные симптомы болезни, следует вводить инсулин. Такие действия позволяют лучше контролировать обмен ве-

ществ, обеспечивают более мягкое течение болезни и более длительную эффективность пероральных препаратов, назначаемых после прекращения инсулинотерапии. Остальными показаниями для периодического введения инсулина в терапии сахарного диабета 2-го типа являются операции, травмы, инфекции, беременность, инфаркт миокарда.

Рекомендуемая ПДО начальная форма инсулинотерапии – один укол инсулина продленного действия (NPH) перед сном в случае гипергликемии натошак или в утренние часы, когда проблемой является гипергликемия, возникающая в течение дня. Рекомендуемая начальная доза составляет 0,2 Ед/кг массы тела или 10 единиц. Затем доза «подгоняется», чтобы добиться удовлетворительной концентрации глюкозы натошак. Можно рекомендовать пациенту изменение дозы в домашних условиях или осуществлять его во время очередных контрольных посещений.

Один вечерний укол, который пациент делает перед сном, в комфортных условиях, благотворно влияет на прием инсулинотерапии. Он должен покрыть периоды времени, когда в течение дня не действует инсулин кратковременного действия.

В последние годы были выпущены аналоги человеческого инсулина продленного действия (табл. 2). Кроме суточного периода действия, беспредельная (не имеющая пика действия) характеристика позволяет снизить гипогликемию, особенно в ночное время. Аналоги человеческого инсулина особенно рекомендованы пациентам, страдающим сахарным диабетом 1-го типа. При сахарном диабете 2-го типа их использование не дает никаких преимуществ перед традиционными препаратами инсулина.

Таблица 2. Аналоги человеческого инсулина и их характеристика

Тип инсулина		Начало действия, мин	Пик действия, мин	Время действия, ч
Быстродействующие аналоги человеческого инсулина	Humalog (lispro)	5–15	30–90	6–8
	Novorapid (aspart)			
	Apidra (glulizyn)			
Аналоги человеческого инсулина продленного действия	Lantus (glargina) Levemir (detemir)	60–90	3–10	12–18

При этом обычно прекращают терапию пероральными препаратами, которую применяли до этого времени. Инсулин, который вводится вечером, ограничивает выделение глюкозы из печени, приводит к уменьшению выделения инсулина и его нахождения в зернистых бета-клетках. Благодаря этому эффективно действуют производные сульфонилмочевины в течение дня.

Альтернативой традиционным препаратам инсулина пролонгированного действия являются аналоги человеческого инсулина. Препятствием для их использования в Польше может быть высокая цена по причине отсутствия государственного финансирования. Применение инсулина этого типа не имеет преимуществ по сравнению с традиционными инсулинами пролонгированного действия в вопросе метаболического выравнивания. Польза от их использования заключается в меньшем количестве эпизодов ночной гипогликемии, а также в незначительном количестве случаев увеличения массы тела.

Следующим шагом в инсулинотерапии является использование смесей инсулина в двух уколах в сутки. ПДО рекомендует эту форму терапии, если потребность в инсулине превышает 40 Ед/сутки. В этой схеме лечения следует прекратить применение производных сульфонилмочевины. Инсулин вводится перед завтраком и ужином, а тип смеси «подгоняется» под профиль гликемии (табл. 3).

Нужно помнить, что смеси вводятся также за 30–40 минут до начала приема пищи, а если используются аналоговые смеси, то это время может быть сокращено до 15 минут. Следующим моментом, о котором надо помнить, является необходимость принятия пищи в раннее послеобеденное время, когда инсулин пролонгированного действия, входящий в состав смеси, достигает своего пика действия.

Пропуск этого приема пищи приведет к возникновению гипогликемии. Следует также помнить, что при увеличении дозы смеси увеличивается количество инсулина как кратковременного, так пролонгированного действия. По этой причине изменение дозирования



©Pressfoto/Monkey Business Images

может быть проблематичным. Следующим моментом, на который следует обратить внимание, является необходимость тщательного перемешивания инсулина перед инъекцией. У лиц, у которых трудно предвидеть количество принимаемой пищи, исполь-

зование смесей может вызывать определенные трудности.

Как правило, доза, вводимая перед завтраком, является большей. Однако для части пациентов большие дозы необходимо вводить перед ужином. Регулировка дозы должна производиться индивидуально.

Согласно инструкциям ПДО, когда суточная потребность в инсулине превышает 60 Ед/сутки, следует применять интенсивную инсулинотерапию. Похоже, что как в случаях с аналогами продленного

действия, использование аналогов кратковременного действия вместо классического инсулина кратковременного действия в группе пациентов, страдающих сахарным диабетом 2-го типа, не

дало ожидаемого результата.

К побочным эффектам инсулинотерапии относятся рост массы тела и гипогликемия, особенно в случае интенсивной инсулинотерапии.

Таблица 3. Смеси инсулина

Вид смеси	Название
Смеси инсулина (цифра обозначает процентное содержание инсулина кратковременного действия)	Gensulin M10...50 Humulin M3 Mixtard 30, 40 Polhumin Mix-1...Mix-5
Смеси аналогов кратковременного действия с инсулином NPH	NovoMix 30 и 50 Humalog Mix 25 и Mix 50

Частота эпизодов гипогликемии в группе пациентов, страдающих сахарным диабетом 2-го типа, существенно меньшая, чем в группе сахарного диабета 1-го типа.

Следует помнить, что интенсификация лечения связана с ростом риска гипогликемии. По этой причине лечение пациентов пожилого возраста должно быть менее интенсивным, чтобы не под-

вергать их риску возникновения гипогликемии. Критерии «выравнивания» в группе пациентов, которым больше 70 лет, мягче. Лечение следует проводить так, чтобы не допустить возникновения глюкозурии и симптомов гипогликемии. Не нужно стремиться к значительному снижению гликированного гемоглобина.

Наиболее частыми причинами гипогликемии являются введение слишком большой дозы инсулина, физические нагрузки, введение инсулина при отсутствии приема пищи.

Рост массы тела после включения инсулина обычно составляет несколько килограммов. В некоторых случаях это является признаком устранения повреждений, к которым привел дефицит инсулина. Случается, что слишком большая доза инсулина влияет на употребление чрезмерного количества пищи и отвечает за рост массы тела.

У лиц пожилого возраста применению инсулинотерапии должна предшествовать оценка пользы и рисков. Как я уже отмечал, в этой группе больных лечение должно минимизировать риск гипогликемии и улучшать качество жизни. Из-за сложной схемы интенсивную инсулинотерапию назначают редко. Однако благодаря возможности изменения доз и гибкости такой формы лечения (если пациент не принимает пищу, инсулин не вводится) она находит свое применение также и в этой группе больных. Для грамотного проведения инсулинотерапии нужно в доступной форме обучить больного, записать на бумаге все

необходимые инструкции. В начале терапии необходимы частые посещения клиники.

Инсулинотерапия – это естественная составляющая терапии сахарного диабета. При сахарном диабете 1-го типа инсулин является лекарством по выбору, большинство больных сахарным диабетом 2-го типа также будут нуждаться в терапии инсулином. При соответствующем обучении, осознании больным, почему необходимо применять инсулин, его убеждении, что начало лечения инсулином не связано со значительным ухудшением состояния здоровья, включение лечения инсулином не является сложным делом и может проводиться в амбулаторных условиях, включая группы пациентов пожилого возраста. ■



© PressFoto/keko64

ДИАБЕТИЧЕСКАЯ СТОПА

*Ольга Николаевна Выговская,
главный врач, Епархиальный Дом Милосердия, г. Новосибирск (Россия)*

Синдром диабетической стопы – это позднее осложнение сахарного диабета. Является одним из самых распространенных осложнений, развивающихся при сахарном диабете.

Выражается в виде некротических процессов, поражений костной ткани, кожи и мягких тканей. Вызывает деформацию суставов, поражение периферических нервов и сосудов. Кожные поражения имеют вид трофических язв различной степени тяжести, последней стадией является гангрена.

Такие поражения развиваются у 20–40% больных, чаще всего с сахарным диабетом 2-го типа. Повышение уровня гликозилированного (гликированного) гемоглобина на 1,5% от нормы на 20% увеличивает риск развития поражений нижних конечностей. Из 100 человек, страдающих от язв стопы, у 15–20 приходится проводить ампутацию ноги.

В данной статье обсуждаются причины осложнений диабетической стопы и их профилактика. Главная цель, которая стоит перед врачом и пациентом, – это избежать ампутации и инвалидности. Основную ответственность за выполнение профилактических мероприятий несет сам пациент. Задача медицинских работников – донести до больного сахарным диабетом всю необходимую информацию и контролировать выполнение профилактических мероприятий.

Любые раны и травмы у больных диабетом плохо заживают. Травма на ноге может инфицироваться и перейти в гангрену, что приведет к ампутации стопы или ноги. Чтобы предотвратить этот довольно распространенный сценарий, необходимо тщательно соблюдать правила ухода за ногами при диабете.

Причины развития синдрома диабетической стопы

Почему ноги при диабете особенно уязвимы? У больных сахар-

В связи с ростом заболеваемости сахарным диабетом 2-го типа число больных с синдромом диабетической стопы тоже все время увеличивается. На территории Российской Федерации в региональных диабетических центрах работают более 200 специализированных кабинетов диабетической стопы. С помощью современных методов лечения врачам все чаще удается предотвратить ампутации. Но они не смогут помочь, если пациент не выполняет рекомендации.

ным диабетом часто бывает нарушена циркуляция крови в сосудах, которые питают нижние конечности. Не получая достаточного питания, кожа на ногах становится особенно уязвимой для повреждений, и заживают они медленно.

Из-за хронически повышенного сахара в крови нарушается проводимость нервных окончаний в ступнях. Это состояние называется **сенсорная нейропатия**. Ее симптомы: больной не ощущает в полной мере боль в ногах, давление, высокую температуру, холод и любые воздействия на кожу. Здоровым людям эти ощущения помогают быстро принять меры, чтобы уберечься от травм ног. А больные диабетом при тех же условиях травмируются. Поскольку они не чувствуют боли при волдырях, ожогах и ссадинах, то могут не обращать на них внимания до тех пор, пока не начнется гнойный процесс.

Еще одно проявление диабетической нейропатии – трещины на пятках. Трещины кожного покрова на пятках инфицируются и возникает инфицированная рана, которая перерастает в хронические трофические язвы.

Также при диабетической нейропатии наблюдается блокирование работы некоторых мышц в ступнях. Возникает дисбаланс мышц, который приводит к деформации костей стопы. Этот вид деформации стопы весьма распространен среди больных диабетом. Он включает в себя согнутые пальцы ног или пальцы в форме когтей, высокий свод и изогнутую стопу. Вследствие деформации костей нагрузка на стопу распределяется неравномерно. Это часто приводит к тому, что на стопе

возникают мозоли и даже разрывы кожного покрова.

Различают три формы синдрома диабетической стопы:

1. Нейропатическая форма.
2. Ишемическая форма.
3. Смешанная форма.

При нейропатической форме преобладает поражение нервной ткани, при ишемической – нарушение кровотока. При смешанной форме имеются проявления и нейропатической, и ишемической форм.

В первую очередь пациентов беспокоит боль в дистальных отделах стоп, которая может усиливаться в покое и ослабевать при движении. Характерны и другие проявления повреждения нервной ткани – онемение, жжение или зябкость стоп, парестезии (ползание мурашек, покалывание). Глубокие повреждения тканей, развивающиеся вследствие ухудшения кровоснабжения, представлены плохо заживающими язвами, инфекционными поражениями, гангреной.

Опасные осложнения изменения стоп при синдроме диабетической стопы

Существуют такие изменения стоп, которые могут повысить риск развития глубоких повреждений. К ним относятся:



Вросший ноготь – вследствие неправильного обстригания ног-

тевой пластины углы ногтя погружаются в близлежащие ткани, вызывая боль и нагноение. При появлении воспаления необходимо обратиться к хирургу.



Потемнение ногтя – причиной может быть кровоизлияние под ногтевую пластинку, чаще всего вследствие давления тесной обуви. Кровоизлияние в некоторых случаях может вызвать нагноение. Чтобы этого избежать, стоит прекратить ношение обуви, которая привела к кровоизлиянию. При нагноении следует обратиться к хирургу.



Грибковое поражение ногтей – ногти становятся толще обычных, расслаиваются, цвет их изменяется, исчезает прозрачность. Утолщенный ноготь может давить на соседний палец, а также сдавливаться тесной обувью, что может привести к развитию нагноения. Следует обратиться к дерматологу.



Мозоли и натоптыши – в них также часто развивается кровоизлияние и нагноение. Мозоли необходимо удалять косметическими средствами, при этом не распаривая в горячей воде. Обувь лучше сменить и подобрать ортопедические стельки.



Грибок кожи стопы – может привести к появлению трещин в сочетании с сухостью и шелушением кожи. Трещины могут воспалиться и перейти в трофическую язву. Как и в случае грибкового поражения ногтей, следует обратиться к дерматологу.



Трещины на пятках – образуются чаще всего при ходьбе босиком или в обуви с открытой пяткой на фоне сухости кожи, в основном у людей с избытком веса. Трещины легко инфицируются и могут перейти в диабетические язвы.



Деформации стоп в виде увеличенной косточки большого пальца, молоткообразных пальцев (палец согнут в первом суставе) ведут к образованию мозолей на выступающих частях.

Рекомендации по уходу за диабетической стопой:

- Каждый день тщательно осматривайте ноги, чтобы вовремя обнаружить дефекты (мозоли, ранки, царапины и другие повреждения), через которые может проникнуть инфекция.

- Обязательно осматривайте промежутки между пальцами! С помощью зеркала можно осмотреть подошвы стоп. В случае плохого зрения лучше попросить сделать это кого-либо из членов семьи.

- Ежедневно мойте ноги и осторожно (не растирая) вытирайте их. Не забывайте промыть и тщательно просушить межпальцевые промежутки!



- Перед тем, как опустить ноги в таз с водой, обязательно проверьте ее температуру. Помните, что чувствительность ног нарушена, и Вы можете не почувствовать, что вода в тазу слишком горячая.

- Нельзя травмировать кожу ног. Нельзя пользоваться препаратами и химическими веществами, размягчающими мозоли, удалять мозоли бритвой, скальпелем и другими режущими инструментами.

- После ножных ванн используйте крем SENICARE для ухода за сухой и огрубевшей кожей. Крем следует нанести на чистую сухую кожу и легко втереть до полного впитывания. Можно использовать 2 раза в день – утром и вечером.

- Обрезать ногти только прямо, не закругляя уголки. Утолщенные

ногти не срезать, а подпиливать. Если зрение плохое, лучше попросить это сделать кого-либо из членов семьи.

- Ежедневно менять носки или чулки и выбирать только подходящие по размеру. Нельзя носить заштопанные носки или носки с тугой резинкой.

- Нельзя пользоваться грелками, если ноги мерзнут, лучше надеть носки.

- Нельзя надевать обувь на босую ногу.

- Нельзя носить сандалии или босоножки с ремешком, который проходит между пальцами.

- Нельзя ходить босиком.

- Необходимо ежедневно осматривать свою обувь – не попали ли в нее посторонние предметы, не порвана ли подкладка. Все это может поранить или натереть кожу ног.

- Нельзя покупать обувь, которую необходимо разносить, обувь должна быть максимально удобной, хорошо сидеть на ноге. При значительной деформации стоп потребуются специально изготовленная ортопедическая обувь.

- Противопоказаны при травмах йод, перманганат калия (марганцовка), спирт и бриллиантовый зеленый (зеленка) из-за их дубящего действия. Ссадины, порезы и подобные повреждения следует обработать хлоргексидином водным или мирамистином и наложить стерильную повязку.

- Незамедлительно обращаться к врачу при возникновении даже незначительного воспаления, т. к. оно может привести к серьезным последствиям.

- Отказаться от курения, т. к. курение может повысить риск ампутации в 2,5 раза.

Какую обувь следует носить пациентам с диабетической стопой?

Правильно подобранная обувь может в 2–3 раза снизить риск возникновения синдрома диабетической стопы.

Критерии выбора обуви для больного диабетом:

1. Бесшовность или минимальное количество швов.

2. Ширина обуви не должна быть меньше ширины стопы.

3. Объем должен регулироваться при помощи шнурков либо «липучки».

4. Несгибаемая жесткая подошва с перекатом.

5. Материал верха и подкладки должен быть эластичным.

6. В обуви должен быть дополнительный объем для возможности вложения ортопедической стельки.

7. Передний край каблука должен быть скошен.

8. Толстая и мягкая стелька не менее 1 см толщиной.

9. Если есть деформации стопы, рекомендуется обратиться за изготовлением индивидуальной пары стелек, срок службы которых составляет 6–12 месяцев.

При покупке и ношении обуви необходимо придерживаться следующих правил:

1. Покупать обувь желательно во второй половине дня – к этому времени стопы отекают и можно более точно определить размер.

2. Обувь лучше покупать мягкую, широкую, удобную, из натуральных материалов. Она не должна вызывать дискомфорт при первой примерке, стопа не должна быть зажата.

3. Если чувствительность снижена, лучше для примерки использовать отпечаток стопы (для этого ставят ногу на лист плотной бумаги или картона, обводят и вырезают отпечаток). Такую стельку надо вставить в обувь – если она согнется по краям, обувь будет давить и приведет к травматизации кожи стопы.

4. Правильно шнуровать обувь – параллельно, а не перекрестно. ■



ПИТАНИЕ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Анна Оцицка-Козакевич,

больница им. Н. Коперника, г. Торунь (Польша)

Сахарный диабет относится к группе метаболических заболеваний, характеризующихся гипергликемией, вызванной неправильной выработкой и (или) действием инсулина. Хроническая гипергликемия при сахарном диабете приводит к нарушениям деятельности различных органов и систем, в частности органов зрения, почек, мочеполовой системы, сердца и кровеносных сосудов. Поэтому так важно своевременное и грамотное лечение сахарного диабета, а его неотъемлемой составляющей является диета. Во времена отсутствия пероральных препаратов и инсулина именно она являлась основой лечения.



©Pressfoto/Vnlit

По рекомендациям Польского диабетологического общества (ПДО), диета должна содержать: 40–50% углеводов, 30–35% жиров и 15–20% белков.

В Рекомендациях ПДО подчеркивается, что необходимо уметь оценивать количество углеводов в продуктах питания для больных, которые лечатся инсулином. Это связано с тем, что доза инсулина каждый раз должна зависеть от содержания углеводов в пище. У больных, принимающих одну и ту же дозу инсулина, содержание углеводов при каждом приеме пищи должно быть одинаковым.

Для вычисления содержания углеводов в употребляемых блюдах применяется система углеводных обменников (УО). Один углеводный обменник – это порция продукта (в граммах), которая содержит 10 г усвояемых углево-

дов, например, 1 УО содержат: 20 г хлеба, 100 г фруктового йогурта, 1 яблоко средней величины, ½ стакана апельсинового сока.

Владение принципами вычисления УО и знание, как компоновать диету на основании УО, определенного врачом, как суточную, так и в пересчете на отдельные приемы пищи, позволяет самостоятельно устанавливать диету. Чтобы не принуждать больных есть одни и те же порции углеводов, например картофеля, предлагаю по очереди употреблять: 1 небольшая картофелина = плоская столовая ложка гречневой каши (перед варкой) = плоская столовая ложка цельного

коричневого риса = 1/3 стакана макаронных изделий (перед варкой).



© PressFoto/
ClipDealer/ErwinWodicka

«Вредные» жиры (насыщенные жирные кислоты) в диабетической диете – это жиры животного происхождения (мясо, колбасы, молочные продукты, за исключением рыбьего жира), маргарин, магазинная выпечка, еда, зажатая во фритюрнице.

«Полезные» жиры – это жиры растительного происхождения: оливковое, рапсовое, арахисовое, кунжутное (сезамовое) масло, масло семян льна, масло грецких орехов, а также жиры, содержащиеся в рыбе (свежей, копченой, консервированной).

Белок должен поступать в организм из растений, рыбы и птицы.



©Pressfoto/Phovoir

Очень часто лица с диагностированным сахарным диабетом 2-го типа борются с лишним весом. Поэтому они должны уделять особое внимание сохранению правильной массы тела, которую можно вычислить двумя способами:



© PressFoto/dionisvera

1. правило Брока: рост в см – 100 = оптимальная масса тела, например при росте 170 см она составляет 70 кг;

2. правило Лоренца: рост в см – 100 – 0,25 x (рост в сантиметрах – 150), например, при росте 170 см она составляет 65 кг.

При сахарном диабете 2-го типа можно принимать пищу 4–5 раз в сутки в одно и то же время. Следует выбирать продукты с низким гликемическим индексом: хлеб из цельного зерна, макароны из непросеянной муки, гречневая каша, цельный рис, злаковые хлопья, зеленый горошек, сырая морковь, сухие бобовые зерна (фасоль, горох, чечевица), яблоки, грейпфру-

ты, свежие абрикосы, молоко с низким содержанием жира, зеленые овощи, помидоры, чеснок, лук.

Необходимо соблюдать следующие принципы приготовления пищи:

- на пару, печь, тушить с небольшим количеством жира;
- отказаться от жареной пищи;
- супы и соусы готовить на овощных отварах, заправлять суспензией на основе молока, кефира, йогурта;
- избегать переваривания зерновых продуктов и овощей, поскольку переваренные продукты приводят к более быстрой концентрации глюкозы в крови;
- употреблять овощи и фрукты в сыром виде;
- ограничить употребление кухонной соли, которую можно заменить травяными приправами;
- можно употреблять подслащающее средство Аспартам, но не при температурах, превышающих 60°C.

При варке и выпечке рекомендуется использовать ацесульфам калия.

Подводя итоги, напомним, что при сахарном диабете рекомендуется несколько приемов пищи в день, в зависимости от метода лечения. В конвенциональной инсулинотерапии важно употребление пищи перед сном, поскольку это защищает больного от дефицита сахара. Необходимо изучить



© PressFoto/AliakseiSmalenski

систему углеводных обменников. Следует научить больных употреблять пищу с низким гликемическим индексом.

Литература

1. Циборовска Х., Рудницка А. Диететика – питание здорового и больного человека //
2. Практический справочник диабетолога; под ред. К. Стройк. ■



© Pressfoto/Finnaelstal

ОЦЕНКА РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ И ДОКУМЕНТАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ

Малгожата Емиоло,

руководитель стационара для тяжелобольных, г. Кольбушова (Польша)

Представляю вашему вниманию следующие материалы, касающиеся профилактики. Я покажу на практике проблематику оценки риска возникновения пролежней и предложу способ документации профилактических действий.

Оценка риска и документация являются важными составляющими, без которых невозможными являются создание стандарта

противопролежневой профилактики и внедрение его в жизнь. Такой стандарт должен быть в каждом медицинском учреждении. В Польше он является необходимым условием, без которого невозможно получение сертификата качества ИСО.

На протяжении многих лет в медицинскую практику вводятся вышеупомянутые стандарты. Впервые они были введены в Голландии в 1985 году, в США – в 1989 году, а начиная с 1998 года, вводят их и другие страны Европы, в том числе Польша.

Оценка риска возникновения пролежней

Оценка риска и идентификация пациентов из группы риска основываются на точной и скрупулезной документации. Для оценки используются разные шкалы, позволяющие выявить пациентов с риском возникновения пролежней. Риск оценивается у новопринятых пациентов, предрасположенных к появлению пролежней вследствие лечения, а также у пациентов, состояние здоровья которых ухудшилось. Оценка эта должна быть проведена в первые часы после поступления пациента, но не позднее чем через 4 часа после поступления.

Литература предлагает по меньшей мере несколько шкал, служащих для оценки риска: шкала

Нортон (1975 г.), шкала Ватерлоу (1985 г.), шкала Брейдена (1987 г.), шкала Дугласа (1886 г.), шкала Голландского консенсуса профилактики пролежней (общественная организация).

Относительно простой и эффективной является шкала Дорин Нортон. Я начну именно с нее, поскольку она используется в нашем медицинском учреждении с 2004 года.

Эта шкала позволяет осуществить систематическую оценку отдельных факторов риска и, вместе с тем, проста в интерпретации, благодаря чему разные наблюдатели получают аналогичные результаты. Тем не менее, шкала имеет свои минусы: отсутствие основных определений и повторение проблем. Однако, несмотря на это, в Польше она является наиболее распространенной. К группе риска относят пациентов, набравших 14 и менее пунктов.

Таблица 1. Шкала Нортон

Общее состояние	Психическое состояние	Активность	Подвижность	Недержание
хорошее (4)	настороженное (4)	ходит (4)	хорошая (4)	недержание мочи отсутствует (4)
удовлетворительное (3)	апатия (3)	ходит с посторонней помощью (3)	несколько ограничена (3)	незначительное недержание мочи (3)
тяжелое (2)	дезориентированность (2)	кресло-коляска (2)	сильно ограничена (2)	выраженное недержание мочи (2)
крайне тяжелое (1)	загруженность (1)	постельный режим (1)	обездвиженность (1)	недержание мочи и кала (1)

Риск возникновения пролежней согласно шкале Нортон – 14 пунктов и менее

Следующая шкала – шкала Брейдена – является более сложной. Она опирается на понятия этиологии пролежней, главным образом – на интенсивность и время сдавливания, и позволяет определить от-

дельные факторы риска. Шкала Брейдена включает в себя 6 элементов: чувственное восприятие, активность, подвижность (мобильность), состояние питания, влажность кожи, трение и срезывающую

силу. Шкала получила свое применение в отделениях интенсивной терапии и хирургии. Использование данной шкалы предусмотрено только для специально обученного медицинского персонала.

Таблица 2. Шкала Брейдена – сокращенный вариант

Чувственное восприятие	Влажность кожи	Подвижность (мобильность)	Активность	Состояние питания	Трение и срезывающая сила
полностью ограничено (1)	постоянно влажная (1)	полностью ограничена (1)	постельный режим (1)	плохое (1)	постоянно (1)
сильно ограничено (2)	влажная (2)	сильно ограничена (2)	кресло-коляска (2)	неадекватное (2)	периодически (2)
немного ограничено (3)	иногда влажная (3)	немного ограничена (3)	иногда ходит (3)	адекватное (3)	отсутствует (3)
без нарушений (4)	редко влажная (4)	хорошая (4)	редко ходит (4)	отличное (4)	

Риск возникновения пролежней согласно шкале Брейдена – 16 пунктов и менее.

Подобные факторы риска учитывает шкала Дугласа. Наряду с факторами, упомянутыми в пре-

дыдущих шкалах, шкала Дугласа учитывает также оценку состояния питания и возникновения бо-

ли у пациента. Данная шкала относительно проста в своей интерпретации.

Таблица 3. Шкала Дугласа

Состояние питания	Активность	Сфинктерная функция	Боль	Состояние кожи	Состояние сознания
здоровое питание (4)	ходит сам (4)	в норме (4)	отсутствует (4)	без изменений (4)	полное (4)
неправильное питание (3)	ходит сам с трудом (3)	периодическое недержание (3)	слабая боль (3)	сухая, тонкая, с покраснениями (3)	апатия (3)
только жидкости (2)	кресло-коляска (2)	недержание мочи (2)	периодическая боль (2)	повреждения поверхности (2)	ступор (2)
парентеральное питание Нв > 10 г% (1)	постельный режим (1)	недержание мочи и кала (1)	связана с движением (1)	глубокие повреждения (1)	не взаимодействует (1)
			постоянная боль или дискомфорт (0)		кома (0)

Риск возникновения пролежней согласно шкале Дугласа – 18 пунктов и менее.

Еще большее количество факторов учитывается в шкале Голландского консенсуса профилактики пролежней (ГКПП). В отличие от предыдущих шкал, добавляю-

тся такие факторы, как оценка неврологического состояния (парез, паралич, неврологические нарушения), оценка способа принятия пищи и жидкости, возраст пациента,

температура тела, принимаемые лекарства (стероиды, антикоагулянты, анальгетики, снотворные, противораковые препараты и антибиотики).

Таблица 4. Шкала Голландского консенсуса профилактики пролежней

Психическое состояние	Неврологическое состояние	Подвижность	Состояние питания	Способ питания	Сфинктерная функция	Возраст	Температура тела	Лекарства	Сахарный диабет
хорошее (0)	хорошее (0)	хорошая (0)	хорошее(0)	хороший аппетит (0)	в норме (0)	до 50 лет (0)	менее 37,5 (0)	нет (0)	отсутствует (0)
безразличие, тревога (1)	небольшие нарушения (1)	немного ограничена (1)	среднее(1)	Парентеральное питание (1)	Периодическое недержание (1)	старше 50 лет (1)	более 37,5 (1)	стероиды, снотворное, антикоагулянты (1)	только на диете (1)
глубокая депрессия, апатия (2)	нарушения восприятия, односторонний парез (2)	кресло-коляска (2)	плохое, рвота, расстройство желудка (2)	питание через зонд (2)	недержание или использование катетера (2)	старше 60 лет (2)	более 38.5 (2)	обезболивающие, успокоительные, антибиотики (2)	диета и устные лекарства (2)
кома, ступор (3)	паралепгия, тетраплегия (3)	постельный режим (3)	истощение (3)	отсутствует (3)	постоянное недержание мочи и кала (3)	старше 70 лет (3)	более 39.0 или менее 35.0 (3)	антибиотики внутривенно (3)	диета и инсулин (3)

Риск возникновения пролежней согласно шкале Голландского консенсуса профилактики пролежней – 8 пунктов и менее.

СПЕЦИАЛИСТЫ О ЗАБОЛЕВАНИИ

В свою очередь, шкала Ватерлоу требует оценки целых 10 факторов риска у пациента. Факторами, которые появляются впервые, являются: питание тканей (кахекия, инфаркт миокарда, болезни

периферического кровообращения, анемия, курение), а также важный фактор – повреждения (травмы) и лечение. Впервые обращается внимание на тип и продолжительность операции – на

мой взгляд, очень важный фактор, поскольку все чаще мы сталкиваемся с пролежнями, приобретенными на операционном столе.

Таблица 5. Шкала Ватерлоу

Строение тела	Состояние кожи	Пол, возраст	Недержание	Подвижность	Питание	Питание тканей	Заболевания	Процедуры и раны	Лекарства
нормальное (0)	здоровая (0)	мужчина (1)	постоянное (0)	хорошая (0)	средне (0)	кахекия (8)	рассеянный склероз, сахарный диабет и другие (4–6)	Ортопедические ниже пояса (5)	цитостатики, стероиды, нестероидные противовоспалительные препараты (4)
чуть больше нормы (1)	тонкая, сухая, опухлости, липкая (1)	женщина (2)	Периодическое (1)	постоянная (1)	мало (1)	инфаркт миокарда (5)		длительностью более 2-х часов (5)	
избыточный вес (2)	с покраснениями (2)	14–49 лет (1)	катетер, недержание кала (2)	апатичность (2)	через желудочный зонд (2)	нарушения периферического кровообращения (5)			
недостаток веса (3)	локальные повреждения (3)	50–64 лет (2)	недержание мочи и кала (3)	ограничена (3)	отсутствует (3)	анемия (2)			
		65–74 лет (3)		Обездвиженность (4)		курение (1)			
		75–80 лет (4)		кресло-коляска (5)					
		старше 80 лет (5)							

Риск возникновения пролежней согласно шкале Ватерлоу:

- 0 – 10 пунктов – низкий;
- 10 – 15 пунктов – средний;
- 15 – 20 пунктов – высокий;
- более 20 пунктов – очень высокий.

Оценка риска возникновения пролежней согласно разным шкалам – сравнение

Фактор	Шкала Ватерлоу	Шкала Дугласа	Шкала Нортон	Шкала Брейдена	Шкала ГКПП
Масса тела	x				
Состояние кожи		x			
Пол	x				
Возраст	x				x
Координация / физическое состояние		x			
Влажность / сфинктерная функция	x	x	x	x	x
Активность	x	x	x	x	x
Подвижность / неврологическое состояние			x	x	x
Глотание / способ питания	x				x
Питание / состояние питания			x	x	
Психическое состояние/сознание		x	x		x
Реакция на стимулы / боль		x		x	
Трение / срезывающая сила				x	
Лекарства	x				x
Температура					x
Другие предрасположенности, болезни	x				x
Процедуры (операции)					x

Документация профилактических мероприятий

Документация профилактических мероприятий должна быть частью

общей документации (истории болезни). При этом важно стандартизировать документацию во всем медучреждении. Она должна быть

адаптирована к особенностям пациентов, профилю оказываемых медицинских услуг, а также к экономическим возможностям учреждений.

Скрупулезное ведение документации имеет огромное значение, как для пациента, так и для персонала. Для пациента это означает: предоставление медицинских услуг высокого качества, уменьшение или предотвращение возникновения пролежней, вовлечение самого пациента в процесс

профилактических мероприятий. Для персонала это означает: предоставление доказательств оказываемого ухода согласно принятому стандарту, защита от несправедливых обвинений, возможность оценки эффективности наших действий, чтобы на основании этого убедиться в принятом

плане, и, наконец, удовлетворение от полученных результатов.

Ниже представлен образец ведения документации, принятый в нашем учреждении с целью мониторинга риска возникновения пролежней и профилактики. ■

КАРТОЧКА ПРОТИВОПРОЛЕЖНЕВОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

Фамилия и имя

Дата поступления Дата выписки

Мед. учреждение (больница, отделение)

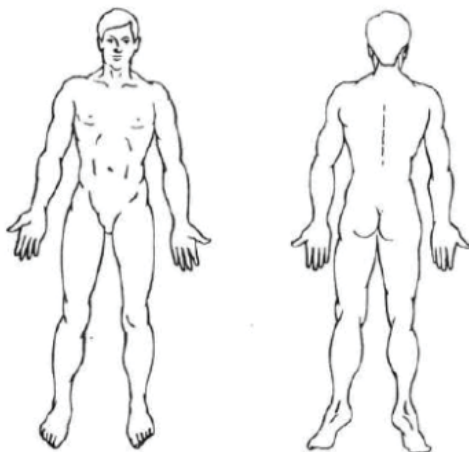
ДАТА	ОЦЕНКА РИСКА согласно шкале	НАЗНАЧЕНИЯ			Подпись медсестры
		Тип матраса	Изменение положения, перемещение	Уход за кожей: средства, повязки	

КАРТОЧКА НАБЛЮДЕНИЯ И ПРОЛЕЖНЕЙ

Фамилия и имя

Дата возникновения пролежней

Мед. учреждение (больница, отделение).....



Места образования пролежней отметить знаком

ЛОКАЛИЗАЦИЯ И НОМЕР ПРОЛЕЖНЯ:

ДАТА	Описание пролежней			Рекомендованные местные процедуры (повязки, дезинфекция, другие), их периодичность и число	Подпись медсестры	ПРИМЕЧАНИЯ
	Номер пролежня	Размер (см x см)	Фаза 1–4			

ПРЕДОТВРАТИТЬ ДЕШЕВЛЕ, ЧЕМ ЛЕЧИТЬ, ИЛИ О ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОЛЕЖНЕЙ

Малгожата Емиоло,
руководитель стационара для тяжелобольных, г. Кольбушова (Польша)

Под термином «профилактика» мы понимаем систему определенных действий и мер, направленных на предотвращение болезней. Иначе говоря, это использование различных предупредительных средств с целью не допустить возникновения, приостановить развитие или ограничить возможные последствия болезни.



© PressFoto/JanMiks

Проблема профилактических мероприятий, направленных на предотвращение возникновения пролежней, является очень важной на каждом этапе, в каждой фазе профилактики. Это касается как **ранней профилактики** (закрепление моделей здорового образа жизни), **первичной – I фазы** (предупреждение болезней с помощью контроля над факторами риска), **вторичной – II фазы** (предупреждение последствий болезни с помощью ее раннего обнаружения и лечения), а также **профилактики III фазы** (приостановление развития болезни и ограничение осложнений).

Почему так важно проводить профилактические мероприятия в

этой области? Ответ на этот вопрос очень прост. В связи с большой распространенностью, пролежни являются существенной экономической проблемой бюджетов во всем мире. Помимо финансовых расходов, пролежни являются источником стресса, дополнительных страданий, а также серьезных осложнений при одновременном снижении качества оказываемого ухода.

Следующий вопрос, на который я постараюсь ответить: в чем заключается профилактика пролежней?

Профилактические меры в области предотвращения возникновения пролежней представляют собой ряд равнозначных мероприятий, которые дополняют и усиливают друг друга. В связи с этим предусматривается участие различных специалистов/профессионалов. Такая междисциплинарная терапевтическая группа должна состоять из:

- медсестер;
- врачей;
- физиотерапевтов;
- психологов;
- диетологов.

Ключевыми элементами профилактики являются:

1. Оценка риска развития пролежней (по одной из шкал), а также выявление пациентов с риском возникновения пролежней.
2. Правильный уход за кожей пациентов.
3. Правильное расположение и изменение положения тела пациента в постели.
4. Питание и питьевой режим пациента.

5. Физиотерапия.
6. Предотвращение сдавливания у пациентов, подверженных возникновению пролежней.
7. Баланс элементов.
8. Документация профилактических мероприятий.

Оценка риска возникновения пролежней и документация будут предметом следующей статьи. В данной статье я подробнее расскажу о других элементах профилактики.

Уход за кожей

Целью ухода является поддержание здорового состояния кожи, ее чистоты и оптимального увлажнения. По меньшей мере один раз в день необходимо производить тщательный осмотр кожи, уделяя особое внимание уязвимым местам, т.е. так называемым Decubitus человека.

Стандартом является подбор для гигиенических целей таких средств, которые предназначены для людей с хроническими заболеваниями, особенно подверженных раздражениям кожи, вызванным длительным постельным режимом.

Мой подход следующий:

1. НЕЖНОЕ ОЧИЩЕНИЕ



2. РЕГЕНЕРАЦИЯ И АКТИВИЗАЦИЯ



3. ЭФФЕКТИВНАЯ ЗАЩИТА



Следующим шагом является сведение к минимуму или устранение воздействия на кожу влаги, вызванной недержанием мочи, потливостью, раневым экссудатом. Достичь этого можно с помощью катетеризации (риск осложнений), установкой внешнего катетера у мужчин, использованием абсорбирующих подгузников и пеленок, а также частой сменой личного и постельного белья пациента.



Правильное положение пациента в постели и перемещение

Систематическое и регулярное изменение положения тела является эффективным методом уменьшения межфазного давления, генерируемого между верхними слоями кожи пациента и опорной поверхностью. Для каждого пациента подбирается индивидуальный план изменения положения. Однако в случае пациентов, находящихся в группе риска, изменение положения тела должно производиться каждые 2–3 часа. Использование противопролежневых матрасов не освобождает нас от этого требования.

При укладывании пациента важно стараться не оставлять его в высоком положении, оптимальным является положение тела под углом 30 градусов из-за оказываемого давления на ягодицы.

В целях изменения положения желательно использовать скользящие простыни или скользящие рукава-трансферы, которые минимизируют трение, или другие вспомогательные средства.



Питание и питьевой режим

Пациенты, подверженные риску возникновения пролежней, имеют специальные диетические требования. Необходимо обеспечить их всеми необходимыми микро- и макроэлементами для правильного функционирования, а также для укрепления иммунной системы. Важным является не только количество калорий, но также правильный баланс питательных веществ. В частности, необходимо обеспечить достаточное потребление белка: 1.5 г на 1 килограмм массы тела. Диета должна быть разнообразной, содержащей витамины А,С, В, а также цинк, магний и железо.

Если имеются показания, нужно обеспечить пациенту лечебное питание – искусственное питание.

Физиотерапия

В этой области может быть использован целый ряд методов, основывающихся на стимуляции организма.

Целью нашей деятельности является предотвращение последствий длительной обездвиженности, развития болезни, а также поддержание мобильности пациента на текущем уровне.

Эффективными в этом случае также будут физиотерапия, водолечение, мануальная терапия, лечебный массаж и эрготерапия.

Предотвращение сдавливания у пациентов, подверженных возникновению пролежней

Каждый пациент, находящийся в группе риска, должен быть размещен на противопролежневом матрасе, задачей которого является уменьшение давления.

Противопролежневые матрасы подразделяются на статические (из термопластичного поролона, так называемые «темогу») и динамические, то есть равномерно распределяющие давление.

Для обеспечения пациенту большего комфорта могут быть использованы дополнительные средства (валики, клинья, подушки).



Баланс элементов

Речь пойдет о восстановлении физиологического баланса: белка, электролитов, микроэлементов, гемоглобина, железа, цинка, витаминов (в особенности – витамина С, поскольку он отвечает за синтез коллагена), глюкозы.

Все вышеперечисленные компоненты оказывают существенное влияние на возникновение пролежней у пациентов из группы риска. В связи с этим важно следить за уровнем их содержания и индивидуально восполнять существующие недостатки посредством энтерального и парентерального питания.

Оставшиеся два элемента (оценка риска и документация), входящие в стандарт противопролежневой профилактики, как было отмечено вначале, станут предметом отдельной статьи.

В заключение я хотела бы отметить еще один важный элемент. Нельзя забывать о роли участия семьи и близких в процессе профилактики пролежней. Для того чтобы сотрудничество было плодотворным, прежде всего важно определить цель принимаемых действий и ознакомиться с планом лечения. Необходимо помнить о том, что те знания и навыки, которые мы передадим близким, будут не только способствовать увеличению комфорта пациента, но также комфорта нашей работы. ■

ХОРТИТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛИЦ, ОХВАЧЕННЫХ ДОЛГОСРОЧНЫМ УХОДОМ

Божена Шевчик-Таранек,
кандидат технических наук, Сельскохозяйственный университет в Кракове,
кафедра декоративных растений, г. Краков (Польша)

Каролина Томак-Томасик,
магистр технических наук, Сельскохозяйственный университет в Кракове,
кафедра декоративных растений, г. Краков (Польша)

Растения всегда играли значительную роль в жизни человека. Сначала они служили исключительно для питания и использовались как лекарственные средства, со временем люди начали замечать в растениях терапевтический потенциал. Потребность человека окружать себя элементами природы вытекает не только из того, что мы пользуемся ее богатствами, но и из-за влияния, которое имеет мир природы на наше эмоциональное, познавательное и духовное развитие.

Эстетика растений связана с цветами, разнообразием внешнего вида, сезонным изменением декоративных достоинств. Она дает человеку стимулы, которые положительно влияют на его восприятие действительности. Пребывание в окружении растений создает соответствующую атмосферу для размышлений и раздумий. И хотя лечебное воздействие природы было известно уже в древности, садовая терапия (хортитерапия), в которой сознательно используются растения и природа для

реабилитации лиц с различными заболеваниями, является относительно молодой областью и для многих малоизвестной. Термин «хортитерапия», вместо которого часто используют также понятия «садовая терапия» или «садотерапия», происходит от объединения двух слов, латинского слова *hortus* – сад, и греческого *therapeúein*, означающего «лечить, заботиться, отдавать часть».

Хортитерапия, использующая растения, сады и связанную с ними работу по уходу за растениями как терапевтический инструмент, считается дополнительной и аль-

тернативной формой реабилитации инвалидов, недоразвитых, психически больных, детей с нарушениями развития, пожилых, изолированных от общества. Подобная деятельность приносит пациенту много позитивного опыта и впечатлений. Атмосфера сада является для пациентов фактором, с одной стороны, релаксирующим, а с другой стороны – мотивирующим к упражнениям, работе и проявлению инициативы. Терапевтические программы, кроме вопросов из области садоводства, опираются на принципы психотерапии, социальной и профессиональной терапии и физиотерапии. В процессе хортитерапии регистрируются многочисленные терапевтические и социальные положительные результаты, среди них – повышение самооценки, веры в себя, возникновение чувства полезности, развитие социальных и профессиональных умений, улучшение самочувствия.

ДОСТОИНСТВА ХОРТИТЕРАПИИ:

Целенаправленная деятельность – форма терапии, опирающаяся на деятельность, благодаря садовым работам.

Универсальность адресации – терапия не зависит от возраста пациента.

Эластичность – приспособление активности к различным физическим и интеллектуальным возможностям пациентов.

Мотивировка к упражнениям – при работе с растениями происходит неосознаваемое выполнение физиотерапевтических упражнений.

Придает смысл – сопоставление цикла жизни природы и жизни человека, придание смысла и цели жизни, болезни и процессу выздоровления, применение символики природы для инициирования размышлений.

Имеет предназначение – окончательные результаты садовых работ имеют реальное значение, отсутствие инфантильности действий, завершенность, способствуют поднятию самооценки.

Сенсорная стимуляция – широкий спектр стимуляции всех органов чувств.

Хортитерапия сначала развивалась в Соединенных Штатах (1950–1990 годы). В 1973 году была создана Американская Ассоциация са-

довой терапии, которая занимается образованием, исследованиями, созданием хортитерапевтических программ, лицензированием хорти-

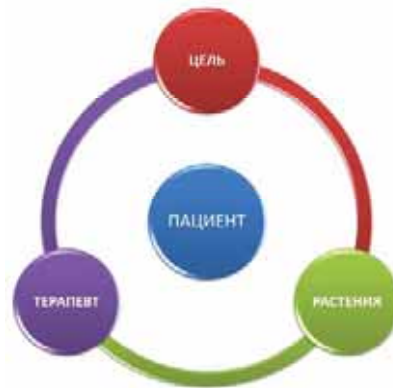
терапевтов. Хортитерапия повсеместно используется в больницах (в основном – в психиатрических), центрах физической реабилитации,

домах по уходу за престарелыми, школах, тюрьмах на территории США, Канады, Японии и многих европейских стран. В этих странах появляется также много садовых хозяйств, чаще всего – экологического профиля, которые предлагают профессиональные хортитерапевтические занятия. В нашей стране садовая терапия до сих пор не признана медицинскими центрами в качестве формы терапии и реабилитации, хотя садовые занятия включаются в программы занятий в рамках терапии в местах, располагающих садовым хозяйством (дома социальной помощи, спецшколы, курсы занятий в терапии, наркологические центры). Внедрение садовых занятий является часто интуитивным и редко называется хортитерапией. Одним из многочисленных примеров занятий с использованием элементов хортитерапии является проект «Сад здоровья» («Ogród Zdrowia») созданный Воеводской детской больницей им. св. Людвика в Кракове совместно с Ботаническим садом Ягеллонского университета и Сельскохозяйственного университета в Кракове, в котором дети с церебральным параличом участвуют в хортитерапевтических занятиях на территории Ботанического сада. Интересной и новаторской для Польши инициативой является использование потенциала садового хозяйства для проведения хортитерапевтических занятий. Цикл занятий для лиц был реализован в Школе декоративных растений в Тшебовнице (Подкарпатское воеводство), а их бенефициантами были подопечные Общества помощи детям и молодежи, (Stowarzyszenia Pomocy Dzieciom i Młodzieży Sprawnej Inaczej) в том же городе. Хортитерапия развивается и приобретает популярность в нашей стране.

Садовые работы и занятия в терапии можно назвать хортитерапией, если будут выполнены четыре условия. Важнейшим является пациент с диагностированной болезнью, инвалидностью или определенным нарушением. Следующими являются обозначенные и дифференцированные цели терапии, зависящие от потребностей и возможностей пациента. Также важен терапевт – лицо с соответствующей квалификацией, проводящий терапию, и процедура терапевтического поведения, где

главным инструментом являются растения. Растение – это символ, за которым стоят сад и активность, связанная с уходом за растениями, применяемые для того, чтобы обеспечить терапевтическую связь с пациентом. Модель взаимодействия между этими четырьмя составляющими представляет схема 1 (на основании данных Mattson, 1982). Дорожки связывают все элементы. Терапевт контактирует с пациентом с помощью растений или непосредственно. Пациент реагирует на все элементы и находится в середине, что подчеркивает, что он является центральной фигурой в процессе лечения.

Схема 1. Взаимодействие в плоскости: пациент – цели – растения – терапевт



В хортитерапии используется потенциал природной среды. Изменяемость природы, времен года учит, что жизнь является процессом, а не набором действий, ведущих к определенной цели. Через наблюдение стадий развития растений (прорастание, развитие, цветение, плодоношение, умирание) природа учит терпению, помогает в возникновении размышлений и планировании соответствующего направления жизни, показывает, что нет ничего совершенного. Уход за растениями является для пациентов указанием, как важно заботиться о своем здоровье. Забота о растениях дает выход эмоциям и потребности пациента заботиться о ком-то, что развивает чувство смысла и ответственности. Это обосновывает много положительных эмоций, ведущих к улучшению самочувствия. Групповые хортитерапевтические занятия увеличивают возможности социализации и соответствующего социального взаимодействия. У участников занятий

возникает интерес к растениям, когда они разговаривают о своем опыте в садоводстве, и они завязывают между собой контакты. Во время совместной работы оборонные механизмы и торможения минимизируются, и пациенты легче раскрываются. Садоводство также обеспечивает возможности для самовыражения и креативности. Такие действия, как оформление цветочных клумб, проектирование сада, помогают выражению творческих способностей. Хортитерапия помогает в снижении чувства депрессии. Рассматривание цветов или работа в саду приносят чувство обновления, возрождения, возможности начать все сначала. Пациенты после посадки растений или окончания какого-нибудь проекта довольны, чувствуют гордость и имеют более высокую самооценку. Кроме того, благодаря садовой терапии, можно достигнуть некоторых функциональных целей, таких как улучшение концентрации внимания, улучшение умения справляться со своими проблемами, улучшение самостоятельности и независимости. Немаловажное значение также имеет стимуляция всех органов чувств: зрения, тактильной чувствительности, обоняния, слуха, вкуса, с помощью которых воспринимаются растения. Это приводит к уменьшению беспокойства, стресса и приносит эффект успокоения.

Хортитерапия впервые была применена в лечении психических болезней. Одно из первых сообщений о лечебном воздействии садовых работ на психически больных пациентов было опубликовано психиатром д-р. Rush в 1798 году. Психиатрические больницы окружают парками, оранжереями или обрабатываемыми полями уже с XIX века. До настоящего времени психически больные составляют большую группу пациентов, которые положительно реагируют на контакт с природой. В условиях сада больным легче найти и улучшить контакт с действительностью. Одной из главных областей интереса хортитерапевтов являются проблемы лиц с умственной отсталостью, в особенности с повреждениями мозга, задержкой в умственном развитии, нарушениями развития. При терапии этой группы больных лечение базируется не только на основных принципах, но и, кроме того, на



мультисенсорной стимуляции, расширении диапазона чувственного восприятия и переживаний.

Следующей группой получателей этого вида лечения являются пациенты с физическими недостатками, после инсультов, параличей, с травмами после аварий и нарушениями чувствительности (органов чувств), у которых элементы работы в саду могут мотивировать их к движению и совершенствованию малой и большой моторики, утерянной после несчастного случая или болезни. Кроме того, двигательная активность среди растений является продолжением физиотерапевтических упражнений, которые в сценографии сада или парка более приятны.

Хортитерапевтические программы включаются в реабилитацию лиц с нарушениями слуха и зрения. Для лиц невидящих и со слабым зрением самым важным стимулирующим раздражителем во время занятий будут запахи, звуки, вкусы и знакомство через прикосновение с фактурой листьев, плодов, цветов или коры. Для неслышащих отсут-

ствие звуковых впечатлений будет компенсироваться богатством красок, многообразным видом растений, формы листьев.

В США садовые программы, внедряемые в тюрьмах, оказались эффективным способом ресоциализации молодых преступников. Результатом работы с растениями стало снижение агрессивности, желание получать знания, новые умения, систематическую работу. Хортитерапия часто применяется к наркозависимым лицам, которым угрожает общественная изоляция. Проекты этого типа часто инициируются в Великобритании, и благодаря таким проектам многие люди изменили свою жизнь.

Хортитерапия дает хорошие терапевтические эффекты у детей и молодежи. Контакт ребенка с природой обеспечивает правильное психическое развитие, улучшает память, развивает воображение, учит нормальным отношениям с ровесниками, формирует интерес к окружающему миру, увеличивает уверенность в себе. Воспитание детей в контакте с природой раз-

вивает в них чувствительность и заботливость, а также способствует формированию ответственности и самодисциплины, которые значительно влияют на их отношения с родителями и друзьями, отношение к действительности и ограничивают проявления необдуманного поведения и проблем в школе.

Садоводство приносит много радости и является популярным хобби среди пожилых людей. Приспособив соответственно грядки, участки, инструменты и действия к ограничениям, связанным с возрастом, садоводство может быть эффективным методом, улучшающим общее физическое состояние и самочувствие этой группы лиц. Садовые работы могут быть поводом для активного проведения времени и мобилизации своих сил. Кроме вышеназванного, упоминаются также такие положительные эффекты, как стимуляция внимания, улучшение умения сопоставлять, уменьшение депрессии и страхов. Само расположение сада в окрестностях лечебных учреждений для пожилых людей мотивирует их к активности и выходу наружу. На регулярно проводимых хортитерапевтических занятиях для пожилых лиц ставятся цели, связанные с улучшением пространственной ориентации, улучшением межличностных контактов, формированием умения сосредоточиться и концентрировать внимание, с совершенствованием памяти.

Используются такие работы с растениями, которые пожилые люди любят и могут выполнять с учетом их предыдущего жизненного опыта. Это создает ощущение непрерывности и возможности привлечения далеких и часто милых воспоминаний. Частыми садовыми работами, например, являются посадка семян и уход за овощным огородом, работа с травами, посадка растений в ящики на балконах, формирование композиций из комнатных растений, посев любимых декоративных растений, сбор плодов и овощей, составление букетов или сезонных праздничных композиций из живых растений. Терапевты обращаются к растениям «ретро», использовавшимся в садах несколько десятков лет тому назад или к таким, которые предлагают и вспоминают участники занятий.

В Соединенных Штатах хорти-терапевты работают в больницах, домах социальной помощи, хосписах, часто дают бесплатные консультации или составляют планы садовой терапии, разработанные специально для лиц, находящихся под присмотром семьи у себя дома. Хортитерапия может быть, как мы видим, также использована при домашнем уходе. Подчеркивается, что ее достоинства чувствуют не только лица, которые охвачены заботами семьи, но и те, кто осуществляет уход. Создаются новые семейные отношения, уменьшаются утомление и нежелание, связанные с долгосрочными и изнурительными обязанностями людей, оказывающих уход. Поскольку садовые работы – это действия, которые выполняются совместно в коллективе, это очень связывает и усиливает положительные эмоциональные семейные связи.

В Польше нет квалифицированных садовых терапевтов, советами которых могли бы воспользоваться лица, занимающиеся своими пожилыми родителями или супругами дома, но мы можем сами стараться применить хортитерапевтические техники на нашей домашней почве. Ключом в подборе соответствующих занятий является человек, которого мы окружаем заботой и которого чаще всего мы очень хорошо знаем. Мы должны подумать над тем, какой у него садоводческий опыт, что он любит и может делать в саду, какие растения он помнит, и какие связаны у него с приятными воспоминаниями. Необходимым является приспособление действий и инструментов к физическим возможностям нашего подопечного. Активность нужно планировать так, чтобы она не была трудной, очень утомительной или даже невыполнимой. Нужно также принять во

внимание местные возможности и то, каким садовым хозяйством мы располагаем (это может быть маленький балкон или сад), и в какой степени больной человек может это использовать.

Работая с пациентом, мы должны помнить об основных положениях, которыми руководствуются терапевты: уважение и понимание пациента, сосредоточенность на работе с пациентом, а не на конечном результате. Не растение должно быть посажено наилучшим образом, а самым важным является то, что происходит во время работы. Пациент должен чувствовать смысл процесса труда, исполнение, удовлетворение. Должен чувствовать, что он дал жизнь чему-то новому и за это отвечает, благодаря чему частично возвращает чувство контроля над своей жизнью. ■

Таблица 1. Сценарий образцового занятия с использованием действий по садоводству для индивидуального применения во время ухода за пожилым лицом дома

ТЕМА: Домашний травяной садик	
<p>ОБЩИЕ ЦЕЛИ:</p> <ul style="list-style-type: none"> » стимуляция органов чувств: обоняния, осязания, вкуса; » тренировка памяти и вызова воспоминаний; » тренировка рук и улучшение общего физического состояния; » усиление чувства собственного достоинства и чувства нужности. 	<p>ДЕТАЛЬНЫЕ ЦЕЛИ:</p> <ul style="list-style-type: none"> » участник занятий будет касаться растений, нюхать и пробовать на вкус травы; » участник делится воспоминаниями и чувствами, связанными с запахами или применением трав; » участник самостоятельно посадит растения, выполняя рекомендации помогающего лица.
<p>НЕОБХОДИМЫЕ МАТЕРИАЛЫ: терракотовый или пластмассовый горшочек (объемом около 2–3 дм³) для посадки нескольких растений, универсальный субстрат (универсальная садовая земля), керамзит для дренажа, лопаточка для посадки, вода, лейка, растения выбранных сортов трав: около 3-х различных (например, мята (<i>Mentha sp.</i>), Melissa лекарственная (<i>Melissa officinalis</i>), шалфей лекарственный (<i>Salvia officinalis</i>), дополнительно – садовые или одноразовые перчатки).</p>	
<p>ПОРЯДОК ДЕЙСТВИЙ:</p> <ul style="list-style-type: none"> » выбрать растения для посадки в горшочек; » насыпать керамзит (около 2–3 см) на дно горшочка, а затем насыпать торфяной субстрат; » определить, в каких местах будут посажены растения, и сделать углубления для посадки; » вставить саженцы в углубления и аккуратно примять землю вокруг ростков растений; » полить растения; » очистить горшочек от загрязнений. 	
<p>ОПИСАНИЕ ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ ЧАСТИ ЗАНЯТИЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> » Перед началом занятия прикасаемся к травам и нюхаем их, стараясь узнать их и получить как можно больше информации, касающейся воспоминаний о запахах и растениях. » Во время занятий разговариваем о растениях, спрашиваем, как их нужно применять, для приготовления каких блюд они используются чаще всего и т.п. » При необходимости помогаем сажающему растению пациенту выполнить задание соответствующим образом. » Травяной садик, являющийся результатом работы, ставим на солнечном месте, видимом и доступном для пациента, посадившего растения, чтобы он мог наблюдать и ухаживать за ними. 	

ПРОБЛЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ ДОЛГОСРОЧНЫМ УХОДОМ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ

*Эва Каролина Флашиньска,
директор Центра социальной помощи Беляны г. Варшавы (Польша)*

Изменения в структуре населения в соответствии с возрастным критерием являются одной из наиважнейших проблем с точки зрения современной социальной политики. Результаты новейшего долгосрочного прогноза народонаселения Польши на 2008–2035 годы Главного статистического управления (GUS) показывают, что в 2035 году доля лиц пенсионного возраста будет составлять 26,7 %, что означает ее прирост почти на 11 % в сравнении с 2007 годом (16,0 %). При этом число лиц пенсионного возраста будет увеличиваться в среднем более чем на 100 тысяч ежегодно.

Стареющее общество – это огромный вызов не только для политики здравоохранения, но и для социальной политики на ближайшие годы. Вызовом останется также поддержание старшего поколения в хорошем физическом состоянии, что в большой степени зависит от доступности и качества медицинских и социальных услуг.

Определим, что долгосрочный уход – это «профессиональный или непрофессиональный, интенсивный и долгосрочный уход и медицинские услуги, оказываемые ежедневно лицам с ограниченными возможностями (неспособным к самостоятельному существованию) в области питания, перемещения, ухода за телом, коммуникации и ведения домашнего хозяйства» (M. Augustyn (M. Augustyn), Варшава 2010). Вместе с растущей продолжительностью жизни граждан также возрастет потребность в услугах долгосрочного ухода в домашних условиях, качество предоставления которых в настоящее время очень разное. Не удивляет тот факт, что разные исследования, анкетирование и изучение мнения пожилых лиц указывают на различные уровни общественной неудовлетворен-

ности и сосредотачиваются на недоработках в этой области.

В действиях, направленных на несение помощи, реализованных учреждениями социальной помощи, наиболее популярной формой предоставления услуг с перспективы социальной помощи, кроме, конечно, материальной помощи, являются услуги по уходу за пожилыми людьми. Услуги по уходу являются обязанностью местной общины. Эти услуги удовлетворяют основные потребности пожилых людей, людей с ограниченными возможностями, одиноких и тех, кому их семьи не в состоянии обеспечить нужного ухода. Они направлены на лиц, имеющих трудности, связанные с передвижением, самообслуживанием, контактом с окружением и функционированием в обществе, прежде всего, из-за возраста или тяжелых и хронических болезней. Услуги по уходу охватывают помощь в удовлетворении ежедневных жизненных потребностей (сюда относятся, например, покупки, приготовление еды, уборка), гигиенический уход, медицинские процедуры, прописанные врачом, а также, по мере возможности, обеспечение контактов с окружением. Обеспечение и реализация помощи в форме услуг по

уходу являются одним из наиважнейших заданий, реализуемых центрами социальной помощи. Услуги могут быть также реализуемы частными учреждениями по уходу. Они платные, но на практике лица, которые пользуются этими услугами, не платят за них (или платят минимально), а эти расходы покрывает община (Центры социальной помощи). Особые условия оплаты этих услуг по уходу устанавливают власти общины принятием соответствующего решения. Величина оплаты зависит, прежде всего, от доходов лица, пользующегося услугами по уходу, а также от расходов и степени вовлечения специалистов.

Кроме услуг по уходу, по месту проживания больного предоставляются специальные услуги. Это одна из форм социальной поддержки для лиц, которые из-за психической болезни или умственной отсталости имеют серьезные проблемы в обычной жизни (особенно в формировании своих отношений с окружением): в образовании, трудоустройстве и в бытовых делах. Эти услуги, адаптированные к конкретным потребностям и возможностям клиентов, вытекающим из вида заболевания или инвалидности, предоставляются лицами со специальной подготовкой. Действия, предпринимаемые в рамках этих услуг, имеют целью, помимо прочего, минимизацию последствия дефектов в области психического здоровья, улучшение качества жизни и приобретение навыков социального функционирования в семейно-общественной среде.

Политика государства по отношению к пожилым и больным лицам



© PressFoto/ClipDealerAlexander Rath

направлена, прежде всего, на поддержку этих лиц в их естественной среде. Лица, лишенные помощи по уходу, часто не имели бы возможности функционировать в том месте, где они раньше жили. Охват систематической помощью по уходу во многих случаях является альтернативой пребыванию в круглосуточном учреждении по уходу, препятствует появлению чувства одиночества и улучшает комфорт жизни больных и инвалидов, проживающих в данном районе. Проблемы управления долгосрочным уходом, с точки зрения социальной помощи, сводятся к недостаточной доступности услуг по долгосрочному уходу, отсутствию квалифицированной рабочей силы и тому, что с этим связано: низкому качеству услуг, плохим условиям труда работников по уходу за пожилыми людьми, отсутствию интеграции медицинских и социальных услуг, негативному отношению со стороны общественности. Эти про-

блемы в ближайшие годы должны быть решены.

Поэтому нужно смотреть на стареющее общество не как на проблему, а как на прогресс: люди живут дольше, потому что улучшились их условия жизни. Таким образом, проведение политики «включения» пожилых людей в общество и формирование действий на основе солидарности между поколениями является вызовом для нас. ■

НЕФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛИ

У ХРОНИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ОГРАНИЧЕННЫМ СОЗНАНИЕМ, НАХОДЯЩИХСЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ДОЛГОСРОЧНОГО УХОДА

Петр Тедерко,

Клиника реабилитации Варшавского медицинского университета, г. Варшава (Польша)

Марек Красуски,

Клиника реабилитации Варшавского медицинского университета, г. Варшава (Польша)

Барбара Горай Щипёровска,

Варшавская высшая школа им. М. Склодовской-Кюри, г. Варшава (Польша)

Боль как субъективное неприятное и отрицательное чувственное и эмоциональное ощущение, возникающее в результате фактического или угрожающего повреждения, проявляется у 5 – 83 % пациентов учреждений долгосрочного ухода. Боль, несмотря на то, что пожилые люди смиряются с ней, и она становится составной частью их жизни, является причиной ухудшения настроения, сна, функциональной работоспособности и качества жизни, а также общественной изоляции, депрессии, регресса способности к общению.

Боль, несмотря на то, что она так распространена среди пациентов учреждений долгосрочного ухода, является одним из важнейших болезненных проявлений и не должна быть никогда трактована чисто симптоматически, в каждом случае нужно проводить анализ ее причин. Среди факторов, влияющих на неадекватность диагностики и лечения боли у пациентов долгосрочного ухода, перечисляются: трудность дифференциации и оценки усиления боли (особенно у лиц с ограниченным сознанием), текучесть врачей и персонала, осуществляющего уход, а также опасения побочных эффектов лечения. Хотя подбор применяемых к пациентам учреждений долгосрочного ухода противобольных препаратов обычно соответствует рекомендациям, опирающимся на проверенную практику, недостаток эффектив-

ности лечения боли возникает из-за слишком частого применения лекарств по просьбе пациента, применения доз меньших, чем необходимы для усмирения боли (или применения доз, несоизмеримых с возрастом и массой тела пациента), а также очень редкого применения нефармакологических методов лечения боли (НМЛБ).

Нефармакологические методы лечения боли играют важную роль в терапии пациентов учреждений долгосрочной опеки. Побочные эффекты этих методов практически отсутствуют. К таким методам относятся: обучение пациента, познавательное-поведенческая терапия, стимулирующие техники, кинезиотерапия, физиотерапия, гидротерапия, массаж, временное обездвиживание, мануальные процедуры, адаптированная физическая активность, акупунктура, иглотерапия, бальнеотерапия, йога, диетические интервенции, музыкотерапия, терапия отвлекающи-

ми занятиями, применение технологий, улучшающих функционирование, а также хирургические методы, которые в настоящей работе не будут обсуждаться.

Применение при лечении боли физических раздражителей, таких как термические раздражители (тепло, холод, криотерапевтические процедуры), электротерапия, лазерная биостимуляция, ультразвук, электромагнитное поле, магнитное поле малой частоты приводят в действие в районе локализации болевых рецепторов рефлекторную дугу: рецептор – локальная нервная система – эффектор. В тканях происходят молекулярные и гормональные изменения, в тканевых жидкостях происходят рост содержания гистамина, серотонина и эндорфина, изменение содержания цитокинов, некоторых белков и пептидов, а также изменение микроциркуляции в тканях. Такая процедура, как электростимуляция, кроме противобольного эффекта, может препятствовать дегенерации мышц, улучшать трофику тканей, подвергаемых процедуре, и нормализовать мышечный тонус. Применяя физиотерапевтические процедуры, можно уменьшить интенсивность и частоту проявлений боли, уменьшить потребность в противобольных лекарствах и тем

самым улучшить двигательную активность и способность пациента к перемещению. Терапии, активизирующие пациента, проявляют «противоболевой» эффект через:

- отвлечение внимания;
- уменьшение явлений, способствующих хронизации боли (депрессия, страх, негативные точки зрения и жизненные позиции);
- поддержку позитивных эмоций и жизненных позиций;
- улучшение эффективности выполнения обычных ежедневных процедур по уходу за самим собой;
- повышение качества сна и отдыха;
- приобретение навыков или профилактики их потери;
- нормализацию массы тела;
- улучшение диапазона движений, мышечной силы, осанки, работоспособности, самостоятельности, уменьшение утомляемости;
- улучшение уровня социальной активности, а также через улучшение качества окружающей среды для жизни.

Целью работы является анализ литературы по изучению эффективности нефармакологических методов лечения боли в терапии пациентов учреждений долгосрочной опеки. Выполнен просмотр баз EMBASE и PUBMED с использованием ключевых слов: „pain”, „non-pharmacological”, „non-drug”, „treatment”, „rehabilitation”, „physical therapy”, „nursing home”, „long term care”, „aged care facility” («боль», «нефармакологический», «безлекарственный», «лечение», «реабилитация», «физиотерапия», «дом престарелых», «долгосрочный уход», «учреждения по уходу за престарелыми»). Идентифицировано 9 авторских работ. Они анализируют эффективность воздействия на пациентов учреждений долгосрочной опеки таких противоболевых процедур, как:

- групповая терапия отвлекающими занятиями;
- кинезиотерапия и обучение;
- применение корригирующей ортозы;
- массаж;
- пассивные упражнения и процедуры из области рефлексологии, подходящие с точки зрения эффективности лечения боли.



Качественные ограничения анализированных сообщений заключаются в трактовании боли в отрыве от клинического контекста, часто – без достаточного анализа причины, при отсутствии длительного наблюдения и в большинстве случаев – низкой статистической мощности. В проанализированных работах применяются разнородные методы оценки боли, что затрудняет объединение полученных результатов. К сильным сторонам работ относится то, что большинство исследователей придает большое значение психосоциальной обусловленности боли и ее психосоциальным последствиям, а также необходимости оценки эффективности терапевтических программ (комплексного воздействия).

Выводы:

1. Боль у лиц, пребывающих в учреждениях долгосрочного ухода, неправильно оценивается и неправильно лечится.
2. Пациент с болью должен быть объектом комплексных междисциплинарных диагностических и терапевтических процедур, принимающих во внимание эффективное результативное лечение причин боли в контексте ее биопсихосоциальных обусловленностей.
3. Исследования эффективности нефармакологических методов лечения боли, принимающих

во внимание специфику пациентов учреждений долгосрочного ухода, находящихся в состоянии ограниченного сознания, немногочисленны.

4. К причинам недостаточно частого использования NMLB у пациентов учреждений долгосрочного ухода относятся:

- недостаточная пропаганда знаний на тему полезности методов;
- ограниченное количество доказательств эффективности;
- большая трудоемкость при применении;
- необходимость сотрудничества и увлеченности со стороны пациента;
- неадекватная оценка потребностей пациента.

5. Исследования по эффективности NMLB у лиц с ограниченным сознанием сложны, потому что требуют объективизации оценки боли и эффективности воздействия (анализа поведенческих проявлений боли), появляются также трудности с исключением эффекта плацебо. Действующие, активизирующие техники кажутся более эффективными в достижении противоболевого эффекта, чем пассивные техники. Однако, помнить, что двигательная активизация пациента может увеличить боль, несмотря на достижение улучшения функции. ■

**XVIII Международная конференция долгосрочной опеки
«Понять несамостоятельного человека – сложные ситуации, возникающие при долгосрочном уходе»
15 –17 сентября, г. Торунь (Польша)**

Конференция организована под патронатом:
**European Association for Directors and Providers of Long-Term Care Services for the Elderly E.D.E.,
Польского геронтологического общества, Польского общества долгосрочной опеки,
президента города Торунь**

Программа конференции (кратко):

Торжественное открытие

Понять хронически больного человека – как справиться со сложными ситуациями, возникающими при долгосрочном уходе
Докладчики из Польши и Германии

Сессия I

Дискуссионная панель
Конфликт ценностей: «благо пациента» и его право на самоопределение личности
Докладчики из Польши и Швейцарии

Сессия II

Инконтиненция – перестанет ли в будущем быть табу?
Докладчики из Австрии, Германии, Польши

Сессия III

Хронически больной на терминальной стадии болезни
Докладчики из Ирландии, Польши

Сессия IV

Концепция кинестетики – эзотерика или наука
Докладчики из Германии

Сессия V

Вызовы в управлении персоналом учреждения долгосрочного ухода
Докладчики из Польши

**ЕВРОПЕЙСКАЯ ШКОЛА УХОДА
приглашает на бесплатное обучение тех, для кого важен качественный уход
за пожилыми или тяжелобольными людьми.**

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ОБУЧЕНИЯ:

- современный гигиенический уход;
- безопасное перемещение тяжелобольных;
- современные средства профилактики и лечения хронических ран;
- оптимизация затрат при закупках гигиенических средств;
- правила оказания первой помощи;
- психологические аспекты при общении с опекаемым.

В качестве преподавателей школы приглашены международные эксперты в области ухода – российские, польские и немецкие специалисты. Каждый участник обучения познакомится с новыми технологиями современного ухода, что позволит опекуну:

- улучшить качество жизни больного и его семьи;
- заботиться о собственном здоровье, чтобы оставаться эффективным помощником и надежной опорой больному человеку.

Все занятия проводятся в формате семинара с элементами тренинга, что предоставит возможность каждому участнику получить практические навыки.

Зарегистрироваться для участия в семинаре вы можете по адресу: ecod@bella-tzmo.ru.

Место проведения: г. Москва, офис ООО «БЕЛЛА Восток», от м. Домодедовская, проезд транспортом компании.

Дата проведения: 19 – 23 октября 2015 г.

Для получения подробной информации о программе обучения, правилах участия и регистрации обращайтесь по телефону горячей линии: 8-800-200-800-3 или по электронной почте: ecod@bella-tzmo.ru.

Организатор: ООО «БЕЛЛА Восток», официальный представитель компании TZMO SA.

НЕЖНОЕ ОЧИЩЕНИЕ



Салфетки

влажные
10, 48, 68, 80 шт.

Лосьон

для тела
моющий, pH 5
500 мл

Крем-гель

для душа
300 мл

Шампунь

для всех типов волос
увлажняющий
500 мл

Крем

для тела
моющий, 3 в 1
500/1000 мл

Пенка

для мытья
и ухода за телом
250/500 мл

РЕГЕНЕРАЦИЯ И АКТИВИЗАЦИЯ



Бальзам

для тела
для сухой кожи
250 мл

Гель

активизирующий
с гуараной
250 мл

Крем

для сухой,
огрубевшей кожи
100 мл

Эмульсия

для тела
для сухой кожи
500 мл

Масло

для ухода
150 мл

ЭФФЕКТИВНАЯ ЗАЩИТА



Крем

защитный
с окисью цинка и синодором
100/200 мл

Крем

защитный
с аргинином и синодором
100/200 мл

Консультации о продукции и заказ бесплатных образцов
по телефону горячей линии Seni: 8-800-200-800-3
(06.00-22.00, кроме выходных и праздничных дней.
Звонки по России бесплатные)

www.seni.ru

Редакторы:
Краковяк Петр
Кшижановски Доминик
Модлинська Александра

ТЯЖЕЛОБОЛЬНОЙ ДОМА: ЛЕЧЕНИЕ, УХОД, РЕАБИЛИТАЦИЯ

Хронические болезни



Книга «Тяжелобольной дома: лечение, уход, реабилитация. Хронические болезни» в комплекте с DVD-диском



seni

Вы можете приобрести эту книгу
в подарок Фонду помощи хосписам ВЕРА
www.hospicefund.ru



Фонд помощи
хосписам

Вера

Если человека нельзя
вылечить, это не значит,
что ему нельзя помочь

Сделать пожертвование в фонд можно со счета
мобильного телефона!

Вы можете отправить смс со словом Вера и
суммой пожертвования на короткий номер 9333.

Издание содержит подробную информацию о том, как правильно ухаживать за больными в домашних условиях. Особое внимание уделено лечению, реабилитации и организации ухода при различных хронических и прогрессирующих заболеваниях, в том числе с хроническими ранами и стомой. В книге представлены полезные сведения, касающиеся личной гигиены больного, что особенно важно для тех, кто страдает недержанием мочи и кала, а также организация питания, правил приема лекарственных препаратов, их действия и побочном эффекте. Издание содержит практические правила и рекомендации, которые позволяют опекунам освоить навыки сестринского дела и организовать качественный уход.

Как купить книгу? Вы можете:

- заказать по электронной почте kniga@seni.ru;
- позвонить по телефону горячей линии Seni: 8-800-200-800-3 для приобретения книги наложенным платежом Почтой России (06.00 – 22.00 ч., кроме выходных и праздничных дней. Звонки по России бесплатные).

www.seni.ru

г. Москва, ООО Филиал №1 «БЕЛЛА Восток»
115563, г. Москва, ул. Шипиловская, д.28а

г. Санкт-Петербург, ООО «Гигиена-Север»
196627, г. Санкт-Петербург, п. Ленсовета, Московское шоссе, д.235а

г. Новосибирск, ООО «БЕЛЛА Сибирь»
630024, г. Новосибирск, Кировский район, Северный проезд, д.2/3

г. Екатеринбург, ООО «Компания БЕЛЛА Урал»
620097, г. Екатеринбург, ул. Чернышевского, д.86^а, корп.8

г. Нижний Новгород, ООО «БЕЛЛА Волга»
603152, г. Нижний Новгород, ул. Кащенко, д.2

г. Самара, Филиал ООО «БЕЛЛА Волга»
443052, г. Самара, ул. Земеца, д.32, лит.354

г. Ростов-на-Дону, ООО «белла-Дон»
344065, г. Ростов-на-Дону, ул. 50-летия Ростсельмаша, д.1/52