

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(НИУ «БелГУ»)
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ
САХАРНОМ ДИАБЕТЕ**

**Дипломная работа студентки
Очно - заочного отделения группы 03051580
специальности 340201 Сестринское дело
Пахомовой Елены Александровны**

Научный руководитель
преподаватель
Войковская Е.В.
Рецензент:
зав отделением ОКУЗ «Областная инфекционная
больница им Павловского Е.Н.
Гершевич С.Э.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ХАРАКТЕРИСТИКА САХАРНОГО ДИАБЕТА.....	6
1.1 Эпидемиология. Этиология и патогенез сахарного диабета	6
1.2 Классификация, клиническая картина и диагностика сахарного диабета ...	9
1.3 Принципы лечения и профилактики сахарного диабета	17
1.4 Неотложные состояния и осложнения сахарного диабета. Роль медицинской сестры при неотложных состояниях и в профилактике осложнений сахарного диабета	25
ГЛАВА 2. АНАЛИЗ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА ПРИМЕРЕ ОГБУЗ «ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ СВ. ИОАСАФА»	27
2.1 Материалы и методы исследования.....	27
2.2 Результаты исследования.....	30
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	42
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	45
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	48

ВВЕДЕНИЕ

Слово «диабет» переводится с греческого языка как «истекать, вытекать», фактически название заболевания означает «истечение сахара», «потеря сахара», что определяет ключевой симптом – усиленное выведение глюкозы с мочой. Сахарный диабет 2 типа, или инсулиннезависимый сахарный диабет, развивается на фоне повышения резистентности тканей к действию инсулина и последующего снижения функций клеток островков Лангерганса. В отличие от СД 1 типа, при котором недостаток инсулина первичен, при 2 типе заболевания дефицит гормона является результатом длительной инсулинорезистентности.

Актуальность работы определяется тем, что эпидемиологические данные весьма разнородны, зависят от этнических особенностей, социально-экономических условий жизни. В России предположительная распространенность – 7%, что составляет 85-90% всех форм диабета.

В России также наметилась тенденция «омоложения диабета», то есть рост заболеваемости в возрастной группе до 6 лет.

Сахарный диабет является достаточно тяжелым, как в физическом, так и в психологическом плане, заболеванием для большинства пациентов, так как накладывает негативный отпечаток на все стороны их жизни. При этом общество и больные имеют зачастую различные взгляды на возникающие вопросы и по-разному оценивают тяжесть положения.

В связи с этим, следует больше прислушиваться к мнению лиц, страдающих сахарным диабетом, и принимать решения по поводу медико-социальной помощи данному контингенту с учетом мнений и пожеланий самих больных.

Если возникновение инсулинозависимого (первого) типа диабета связано в основном с физиологическими особенностями развития организма, что практически не дает возможности его предотвращения, то вовремя

принятые превентивные меры в отношении второго типа диабета могут замедлить или отдалить его появление.

Органы здравоохранения должны уделять больше внимания вопросу информированности населения в отношении сахарного диабета, возможности как самостоятельного посещения эндокринолога, так и во время диспансеризации, а также регулярности проведения исследования уровня глюкозы в крови особенно лицам после 35 лет, имеющим такие факторы риска как артериальная гипертензия, ожирение, атеросклероз, отягощенную наследственность, составляющим группу повышенного риска возникновения сахарного диабета.

В помощи эндокринологов нуждаются многие люди, которые порой даже не замечают первых симптомов сахарного диабета. А своевременная диагностика и назначенное лечение в этом случае может помочь избежать осложнений[8, с. 302].

Доказано, что обучение пациентов самоконтролю диабета подготовленным сестринским персоналом способствует повышению информированности пациентов и улучшению компенсации заболевания.

Объект исследования: пациенты с сахарным диабетом.

Предмет исследования: сестринский уход за пациентами с сахарным диабетом.

Цель работы: выявить особенности сестринской деятельности при сахарном диабете.

Для реализации этой цели были поставлены следующие задачи:

1. Изучить и проанализировать научно-методическую литературу, нормативную документацию, порядки и стандарты оказания медицинской помощи пациентам при сахарном диабете.

2. Изучить причины, виды и клинические проявления сахарного диабета.

3. Практическим путем изучить особенности сестринской деятельности при сахарном диабете на примере эндокринологического отделения ОГБУЗ «Областной клинической больницы Св. Иоасафа».

База исследования: эндокринологическое отделение ОГБУЗ «Областная клиническая больница Св. Иоасафа».

Гипотеза исследования заключается в том, что своевременное, грамотное и качественное оказание медицинской помощи при сахарном диабете поможет снизить риск осложнений и повысить качество жизни больных и их социализацию.

Практическая значимость. Данная работа будет полезна как специалистам (эндокринологам, терапевтам, фельдшерам СМП и медицинским сестрам данных областей), так и их пациентам и родственникам.

В работе были использованы следующие методы: библиографический метод, приемы абстрактно-аналитического осмысления, метод научного анализа, метод научного синтеза и обобщения, анкетирование с интерпретацией результатов.

Структура выпускной квалификационной работы обусловлена целью и задачами исследования, логикой изложения материала и состоит из введения, двух глав, заключения, списка использованной литературы и приложений.

ГЛАВА 1. ХАРАКТЕРИСТИКА САХАРНОГО ДИАБЕТА

1.1 Эпидемиология. Этиология и патогенезсахарного диабета

Сахарный диабет – одно из самых распространенных заболеваний в мире, от которого умирает большое количество людей. Статистика больных сахарным диабетом позволяет узнать, сколько человек страдает этим недугом. Врачам этот подсчет важен для анализа качества оказываемой медпомощи таким гражданам, а также для поиска новых способов борьбы с заболеванием.

Статистика больных сахарным диабетом в мире в 1980 году насчитывала около 108 млн. человек. В 2014 году показатели выросли до 422 млн. человек. Среди взрослых граждан этим недугом страдали ранее 4,7% от общего количества жителей планеты. В 2016 году цифра возросла до 8,5%. Как видно, уровень заболеваемости за эти годы удвоился.

По данным ВОЗ от этой болезни и ее осложнений каждый год погибают миллионы людей. В 2012 году умерло более 3 млн. человек. Самая высокая смертность зафиксирована в странах, где у населения маленькие доходы и низкий уровень жизни. Около 80% умерших проживали в странах Африки и на Ближнем Востоке. По данным на 2017 год каждые 8 секунд в мире от этой болезни умирает один человек.

По мнению специалистов, развитие сахарного диабета к 2030 году приведет к двукратному увеличению количества больных по отношению к 2010 году. Эта болезнь войдет в число основных причин смертности человечества.

Диабет – это заболевание, возникающее из-за недостатка в организме гормона инсулина, который провоцирует высокий уровень сахара в крови.

Статистика больных сахарным диабетом показывает, что около 10-15% людей даже не подозревают о том, что у них начало развиваться заболевание.

Существует несколько типов заболевания. Основные типы – это первый и второй. Они встречаются чаще всего. При первом типе в организме вырабатывается недостаточно инсулина. При втором – инсулин вырабатывается, но блокируется гормонами жировой ткани. Диабет 1 типа встречается не так часто, как второго. Раньше заболевание диабетом 2 типа встречалось исключительно у взрослых. Сегодня он поражает даже детей.

Статистика больных сахарным диабетом в России составляет около 17% от всего населения страны. За пять лет количество людей, страдающих сахарным диабетом, возросло на 5,6% больше.

По подсчетам медиков в РФ умирает каждый год более 200 тыс. людей с диагнозом сахарный диабет. Многие из них не получали квалифицированной помощи. Это привело к тому, что болезнь спровоцировала ряд осложнений, вплоть до онкологии, приведших организм к полному разрушению.

Люди, которые страдают подобным заболеванием, часто становятся инвалидами на оставшиеся годы или их ждет смертельный исход. Предсказать заранее, что ждет больного, невозможно.

Сахарный диабет – заболевание, при котором повышен уровень глюкозы (сахара) в крови по причине недостаточной секреции или нарушенного действия инсулина.

Содержание сахара (глюкозы) в крови постоянно меняется: повышается сразу после приема пищи и возвращается к норме в пределах 2 часов. Содержание сахара в крови утром натощак в норме составляет 3,9-6,1 миллимоля в литре (ммоль/л). Спустя 2 часа после приема пищи либо употребления жидкостей, содержащих сахар или другие углеводы, уровень сахара в крови у здорового человека должен быть ниже 6,7-7,8 ммоль/л.

У большинства людей содержание сахара понемногу, но неуклонно начинает увеличиваться после 50 лет, особенно у тех, кто ведет сидячий образ жизни.

Инсулин – гормон поджелудочной железы – является основным веществом, ответственным за поддержание нормального содержания сахара в крови. Инсулин обеспечивает поступление глюкозы в клетки, где она включается в энергетический обмен или запасается до тех пор, пока в ней не возникнет необходимость.

Повышение уровня сахара в крови после еды или сладкого питья стимулирует поджелудочную железу, и она начинает вырабатывать инсулин, чтобы предотвратить дальнейшее повышение уровня сахара и постепенно снизить его. Содержание сахара в крови снижается также во время физической нагрузки, поскольку мышцы испытывают повышенную потребность в глюкозе для образования энергии [4, с. 88].

Диабет развивается или вследствие недостаточной секреции инсулина, необходимого для поддержания нормального уровня сахара в крови, или по причине того, что нарушается чувствительность периферических клеток к инсулину. У людей с сахарным диабетом 1-го типа (инсулинозависимый диабет) вырабатывается мало инсулина или он не вырабатывается вообще.

Ученые полагают, что в возникновении этой формы диабета большую роль играют факторы окружающей среды. Возможно, в результате вирусной инфекции или погрешностей питания в ранней молодости иммунная система повреждается и начинает уничтожать клетки поджелудочной железы, вырабатывающие инсулин [18, с. 41]. Вероятно, для развития болезни имеет значение и генетическая предрасположенность. Так или иначе, но при диабете 1-го типа разрушается более 90% инсулинпродуцирующих клеток (бета-клеток) поджелудочной железы, что приводит к выраженному дефициту инсулина, и для поддержания жизни больной диабетом 1-го типа должен регулярно вводить себе инсулин [10, с. 123].

При сахарном диабете 2-го типа (инсулиннезависимый диабет) поджелудочная железа продолжает вырабатывать инсулин, иногда даже в избытке. Однако организм слабо реагирует на влияние гормона, что приводит к относительному дефициту инсулина[6, с. 101].

Диабет 2-го типа обычно начинается после 30 лет и еще более распространен в старших возрастных группах. Так, диабетом 2-го типа больны приблизительно 15% людей старше 70 лет. Фактором риска для развития диабета 2-го типа является ожирение - от 80 до 90% людей с этой болезнью страдают избыточным весом. Повышенный риск имеется у некоторых расовых и культурных групп: у чернокожих и латиноамериканцев риск развития диабета 2-го типа в 2-3 раза выше. Кроме того, диабет 2-го типа нередко развивается у кровных родственников.

Другие, менее распространенные причины сахарного диабета:

- повышенное содержание кортикостероидов,
- беременность (диабет беременных),
- лекарственные препараты и яды, которые нарушают выработку инсулина или препятствуют его действию.

Недавние исследования показали, что осложнения диабета можно предотвратить или отсрочить поддержанием нормального содержания сахара в крови. Течение болезни зависит также от других, пока не известных факторов, в том числе генетических. [15, с. 133].

1.2 Классификация, клиническая картина и диагностика сахарного диабета

Многие люди знают лишь о первом и втором типе патологии, но мало кто осведомлен о том, что классификация сахарного диабета включает и другие разновидности болезни. К ним относятся:

- патология 1 типа или инсулинзависимый вид;
- патология 2 типа;
- диабет, связанный с недостатком питания;
- гестационный диабет (диагностируется в период вынашивания малыша);
- заболевание, возникающее из-за нарушения толерантности к глюкозе;
- вторичный диабет, который развивается на фоне других патологий.

Среди всех этих разновидностей наиболее часто встречаются такие типы сахарного диабета, как первый и второй[17, с. 102].

Классификация сахарного диабета по ВОЗ была разработана и утверждена представителями Всемирной организации здравоохранения. Согласно этой классификации, сахарный диабет разделяют на такие виды:

- заболевание 1 типа;
- заболевание 2 типа;
- другие виды болезни[13, с. 38].

Кроме этого, согласно классификации ВОЗ, выделяют такие степени диабета, как легкая, средняя и заболевание с тяжелым течением. Легкая степень часто имеет скрытый характер, не вызывает осложнений и явных симптомов. Средняя сопровождается осложнениями в виде поражения глаз, почек, кожи и других органов. На последней стадии наблюдаются тяжелые осложнения, нередко провоцирующие летальный исход.

Классификация заболевания 1 типа делит патологию по нескольким критериям. По компенсации различают:

- компенсированный – здесь уровень обмена углеводов пациента близок к нормальному;
- субкомпенсированный – сопровождается временным повышением или падением концентрации сахара в крови;

- декомпенсированный – здесь глюкоза в крови не снижается медикаментами и с помощью диеты. У таких больных часто развивается прекома, кома, что вызывает смерть[12, с. 96].

По характеру осложнений различают такие типы диабета с инсулинозависимым течением, как не осложненный и осложненный. В первом случае речь идет о компенсированном диабете с отсутствием осложнений. Вторым вариантом сопровождается различными сосудистыми нарушениями, нейропатиями, кожными поражениями и прочим. По происхождению выделяют аутоиммунный (обусловлен антителами к собственным тканям) и идиопатический (причина неизвестна).

В зависимости от тяжести и степени течения патологии различают следующие виды сахарного диабета 2 стадии:

- латентный. Здесь увеличение концентрации глюкозы нельзя увидеть даже при лабораторных исследованиях. В эту группу входят пациенты, имеющие предрасположенность к заболеванию;
- скрытый. Лабораторное исследование мочи и крови показывает незначительное отклонение от нормы или нормальный уровень сахара, но падение уровня сахара в крови во время проведения анализа на толерантность к глюкозе происходит медленнее, чем у здорового человека;
- явный. Повышение глюкозы отчетливо видно в анализе крови и мочи, у человека возникают характерные для патологии признаки.

Диабет второй степени имеет несколько стадий течения. На первом этапе гликемия выражена слабо, симптомы, свойственные для патологии, отсутствуют. На втором этапе гликемия достигает показателей 10 ммоль/л, развиваются симптомы, характерные для инсулиннезависимого вида патологии. Последний этап – это наиболее тяжелое течение болезни. Глюкоза в моче и крови достигает критических показателей, развиваются серьезные осложнения, такие как диабетическая кома, поражение почек, печени, глаз, кожи и других органов.

К числу симптомов, имеющих наибольшее значение, относятся: повышенная жажда (полидипсия) – больные иногда выпивают до ведра жидкости в сутки, не чувствуя утоления жажды и испытывая постоянную сухость во рту; постоянное чувство голода, приводящее к прожорливости (булимия), причем, несмотря на поглощение обильной еды, больные не только не поправляются, но все больше худеют; полиурия – больные выделяют значительное количество мочи, иногда до 10-15 л в сутки (в зависимости от количества принятой жидкости); количество сахара в крови натошак значительно выше нормальных – 80-120мг%. Сахарная кривая после нагрузки 50 г глюкозы повышается более значительно, чем в норме, и держится на высоких цифрах намного дольше.

С помощью сахарной нагрузки можно выявить скрытый диабет, т. е. такую форму, когда никаких других проявлений заболевания еще нет. Удельный вес мочи высокий, чаще всего он колеблется в пределах 1030-1050; в моче обнаруживается сахар – до 8-10%; за сутки может быть выделено с мочой несколько сотен граммов сахара. Больные жалуются на общее недомогание, понижение работоспособности, повышенную нервную возбудимость, ослабление половой функции.

К другим симптомам заболевания, которые иногда предшествуют перечисленным, относятся зуд кожи, промежности, фурункулез, альвеолярная пиорея, быстро прогрессирующий кариес зубов, катаракта. При более тяжелых состояниях у больных сахарным диабетом в крови повышается количество кетоновых тел (продукты неполного распада жиров – ацетон, ацетоуксусная и бета-оксимасляная кислоты). В результате кетонемии появляются кетоновые тела в моче (кетонурия), в выдыхаемом больными воздухе определяется характерный запах ацетона.

Если больному со значительным увеличением количества кетоновых тел в крови не оказать надлежащей медицинской помощи, может развиваться диабетическая кома. Обычно за несколько дней до комы появляются предвестники: нарастание полиурии и жажды, резкая слабость, сонливость. В

это время при приближении к больному можно почувствовать запах ацетона изо рта. В моче обычно имеется высокая гликозурия и кетонурия.

Концентрация сахара в крови обычно превышает 300мг%. Такое состояние называется прекоматозным.

Если в это время не будет начато лечение инсулином, то состояние больного прогрессивно ухудшается, нарастает ацидоз, появляется глубокое, шумное, ритмичное дыхание (типа Куссмауля) с резким запахом ацетона в выдыхаемом воздухе, пульс учащается, артериальное давление снижается, часто бывает рвота; кожа становится сухой и морщинистой, глазные яблоки мягкими. Сознание вначале сохранено, затем больной впадает в бессознательное состояние, при котором отсутствуют сухожильные рефлексы; иногда развивается картина коллапса с резким падением артериального давления и появлением анурии. Концентрация сахара и кетоновых тел в крови достигает больших цифр; значительно выражена и глюкозурия.

В таблице 1 представлен сравнительный анализ признаков, симптомов и осложнений сахарного диабета 1 и 2 типа.

Таблица 1

Сравнительный анализ признаков, симптомов и осложнений сахарного диабета 1 и 2 типа

	Диабет 1 типа	Диабет 2 типа
Признаки	<p>Сильная жажда. Частое мочеиспускание. Быстрая потеря веса. Постоянное чувство сильного голода. Чувство крайней слабости и усталости. Тошнота, рвота, раздражительность.</p>	<p>Сильная жажда. Частое мочеиспускание. Быстрая потеря веса. Постоянное чувство сильного голода. Чувство крайней слабости и усталости. Тошнота, рвота, раздражительность. Туман перед глазами. Чрезмерный кожный зуд.</p>

		<p>Кожные инфекции.</p> <p>Медленное заживление язв и порезов.</p> <p>Сухость кожи.</p> <p>Покалывание в пальцах или онемение в ногах.</p>
Внешний вид телосложения больного	В основном нормальный или худой.	Небольшой избыточный вес или явная видимость ожирения.
Дебют заболевания	Быстрое развитие (недели) – часто присутствует тяжелое состояние с кетоацидозом.	Диабет 2 типа развивается медленно (годами), часто протекает латентно.
Осложнения	<p>Диабетическая кома или кетоацидоз (от высокого уровня сахара в крови).</p> <p>Высокое кровяное давление (гипертония).</p> <p>Гипогликемия (низкий уровень сахара в крови).</p> <p>Нефропатия.</p> <p>Слепота, болезни глаз.</p> <p>Инфаркт.</p> <p>Болезни почек.</p> <p>Инсульт.</p> <p>Диабетическая нейропатия.</p> <p>Диабетическая стопа.</p> <p>Ампутация нижних конечностей.</p>	<p>Диабетическая кома или кетоацидоз (от высокого уровня сахара в крови).</p> <p>Высокое кровяное давление (гипертония).</p> <p>Гипогликемия (низкий уровень сахара в крови).</p> <p>Нефропатия.</p> <p>Слепота, болезни глаз.</p> <p>Инфаркт.</p> <p>Болезни почек.</p> <p>Инсульт.</p> <p>Диабетическая нейропатия.</p> <p>Диабетическая стопа.</p> <p>Ампутация нижних конечностей.</p>

Сегодня специалисты владеют огромным количеством методик и совершенным инструментарием по выявлению патологии еще на ранней стадии его возникновения. Это позволяет определить не только тип диабета, но и, проинсталлировав его воздействие на различные органы, спрогнозировать возможные осложнения с целью профилактики и лечения.

Для проведения исследования у больного в обязательном порядке делают забор крови и мочи.

Исследование и химический анализ этих образцов позволяет диагностировать сахарный диабет на той стадии, когда другие симптомы болезни еще не проявились.

Лабораторная диагностика предполагает несколько видов. Самый простой анализ, который делают в первую очередь – это определение количества сахара в крови. Главное условие – пробу (образец крови) берут на голодный желудок.

Второй, не менее эффективный – это нагрузочный тест. Суть его сводится к тому, что пациент принимает внутрь (тоже натошак) раствор 75 граммов безводной глюкозы на 250 мл воды. Затем, через час или два, проверяется уровень сахара в крови (табл. 2)

Таблица 2

Расшифровка результатов глюкознагрузочного теста

Время сдачи анализа	Кровь из пальца (ммоль/л)	Кровь из вены (ммоль/л)
Здоровый человек		
Натошак	Менее 5,6	Менее 6,1
После двух часов, выпив раствор	Менее 7,8	Менее 7,8
Нарушена толерантность (пограничное состояние)		
Натошак	Не более 6,1	Не более 7,0
После двух часов, выпив раствор	7,8-11,1	7,8-11,1
Сахарный диабет		
Натошак	Более 6,1	Более 7,0
После двух часов, выпив раствор	Более 11,1	Более 11,1
Случайное определение (любое время суток)	Более 11,1	Более 11,1

Для более объективного заключения используется дополнительное изучение мочи – анализ на сахар суточного сбора. У здорового пациента сахар в моче должен отсутствовать.

При определенном подозрении врач может назначить анализ урины на ацетон, обнаружение которого свидетельствует о тяжелом состоянии больного.

Дифференциальная диагностика проводится, чтобы отличить диабет от других заболеваний. Кроме того, ее проведение важно, когда необходимо уточнить тип болезни, ее тяжесть. Дифференциальный анализ – это более точный вид исследования, определяющий не только количество сахара в крови, но и уровень инсулина. К таким видам исследований относят:

- Анализ на С-пептид. Он позволяет определить, насколько клетки поджелудочной железы способны «генерировать» инсулин в достаточном для организма человека количестве. Для заболевания по 1 типу этот показатель будет чрезвычайно занижен. По 2 типу они будут в норме или даже завышены.

- Анализ на аутоантитела. Он определяет наличие антител в тканях поджелудочной железы. Если они обнаружены, то больному ставится диагноз – диабет 1 типа.

- Генетический анализ. Он позволяет определить у пациента наследственную предрасположенность к заболеванию.

Кроме вышеперечисленных исследований проводятся и другие анализы, позволяющие выявить наличие в крови резистина, грелина, лептина, проинсулина и адипонектина.

1.3 Принципы лечения и профилактики сахарного диабета

Сегодня современная медицина разработала различные методы лечения диабета. Современное лечение сахарного диабета предполагает использование разнообразных методов как медикаментозного, так и физиотерапевтического воздействия на организм пациента при диабете 2 типа.

При выявлении в организме, после проведения диагностики заболевания сахарным диабетом в первую очередь применяется монотерапия, которая состоит из соблюдения строгой диеты. В том случае если для пациента при сахарном диабете принятых мер недостаточно, то проводится подбор и назначение к приёму специальных медицинских препаратов, действие которых направлено на снижение количество сахара в крови.

Некоторые современные медицинские препараты не исключают возможности употребления в пищу углеводов. Использование таких препаратов при сахарном диабете 2 типа позволяет избежать развития у человека гипогликемического состояния[9, с. 7].

Выбирается медицинский препарат и разрабатывается схема лечения больного в соответствии с индивидуальными особенностями организма человека, страдающего от сахарного диабета 2 типа и данными, полученными в процессе проведения обследования больного.

Методы современного лечения сахарного диабета 2 типа предполагают использование, при проведении терапии заболевания, разнообразных методов контроля содержания глюкозы в организме пациента. Важнейшим моментом терапии является выбор схемы и препаратов, которые используются для лечения диабета 2 типа.

Современное лечение диабета 2 типа при помощи медпрепаратов не отменяет требования по выполнению рекомендаций, которые направлены на изменение образа жизни пациента.

Принципами проведения диетотерапии являются:

1. Соблюдение правил дробного питания. Питаться следует 6 раз в течение суток. Приём пищи следует вести небольшими порциями, придерживаясь одного и того же графика приёма пищи[15, с. 99].
2. При наличии избыточного веса используется низкокалорийная диета.
3. Повышение содержания в рационе пищи, в которой большое содержание клетчатки.
4. Ограничение потребления в пищу продуктов богатых жирами.
5. Уменьшение суточного потребления соли.
6. Исключение из рациона напитков, содержащих алкоголь.
7. Увеличение объёма употребления продуктов богатых витаминами.

Помимо диетотерапии при лечении диабета 2 типа активно используется физическая культура. Физическая нагрузка рекомендуется больным, у которых сахарный диабет второго типа в виде однотипных пеших прогулок, плавания и езды на велосипеде.

Использование занятий спортом в лечении диабета позволяет положительно влиять на показатель гликемии. Медицинские исследования при использовании современных методов лечения сахарного диабета позволяют с уверенностью утверждать то, что физические нагрузки способствуют утилизации глюкозы из состава плазмы, понижая её концентрацию, улучшают обмен липидов в организме, препятствуя развитию диабетической микроангиопатии.

При использовании традиционного метода терапия заболевания проводится после того, как проведены все диагностические процедуры. После получения всей информации о состоянии организма лечащий врач назначает проведение комплексного лечения и выбирает наиболее подходящий для пациента способ и схему.

Терапия заболевания традиционным методом предполагает одновременное использование при лечении, например, сахарного диабета 1 типа специального диетического питания, занятий умеренной физкультурой, помимо этого, следует принимать специализированный лекарственный препарат в рамках проведения инсулинотерапии[16, с. 113].

Основной целью, с которой применяются лекарственные препараты при сахарном диабете, является устранение симптомов, появляющихся при повышении содержания сахара в крови или при его резком падении ниже физиологической нормы.

Новые препараты, разработанные фармацевтами, позволяют достичь устойчивой концентрации глюкозы в организме пациента при применении лекарственных средств.

Традиционный подход к лечению сахарного диабета требует использования традиционного метода на протяжении длительного срока, период проведения терапии может занимать несколько лет.

Наиболее распространённой формой заболевания является сахарный диабет второго типа. Комплексная терапия при этой форме диабета также требует длительного использования. Большая длительность проведения лечения традиционным методом вынуждает медиков начать поиски новых методов лечения диабета и новейших препаратов для лечения сахарного диабета 2 типа, которые сократят продолжительность терапии.

При помощи данных полученных при современных исследованиях разработана новая концепция лечения сахарного диабета. Инновации в лечении при применении новых подходов заключаются в изменении стратегии при проведении лечения.

Современные исследования свидетельствуют, что при лечении сахарного диабета 2 типа время изменить концепцию пришло[22, с. 35].

Принципиальное отличие, которое имеет современная терапия недуга, по сравнению с традиционной заключается в том, чтобы используя современные препараты и подходы к лечению максимально быстро нормализовать уровень гликемии в организме больного.

Израиль является страной с передовой медициной. Первый о новом методе лечения заговорил доктор Шмуэль Левит который практикует в больнице «Асуд» расположенной в Израиле. Успешный израильский опыт лечения сахарного диабета по новой методике признал Международный Экспертный Комитет по диагностике и классификации сахарного диабета[21, с. 192].

Использование традиционного метода лечения по сравнению с современным обладает существенным недостатком, который заключается в том что эффект от использования традиционной методики является временный, периодически приходится повторять курсы лечения.

Специалисты в области эндокринологии выделяют три основных этапа в лечении сахарного диабета 2 типа, которые предусматривает современный метод терапии нарушений углеводного обмена в организме.

Использование метформина или диметилбигуанида – препарата, снижающего содержание сахаров в организме.

Действие медпрепарата заключается в следующем:

1. Средство обеспечивает снижение концентрации глюкозы в плазме крови.
2. Повышение чувствительности клеток у инсулинозависимых тканей к инсулину.
3. Обеспечение ускорения захвата глюкозы клетками на периферии тела.
4. Ускорение процессов окисления жирных кислот.
5. Снижение всасываемости сахаров в желудке[5, с. 48].

В комплексе с этим препаратом можно использовать такие средства проведения терапии, как:инсулин, глитазон, препараты сульфонилмочевины.

Оптимальный эффект достигается при использовании нового подхода в лечении посредством постепенного увеличения дозировки медикаментозного средства с течением времени на 50-100%

Протокол проведения лечения в соответствии с новой методикой допускает возможность комбинирования между собой лекарств которые обладают однотипным действием. Медицинские средства позволяют получить лечебный эффект в минимальные сроки.

Действие препаратов, применяемых при лечении, призвано менять по мере проведения терапии, количество вырабатываемого поджелудочной железой инсулина, при одновременном снижении инсулинорезистентности.

Препараты группы бигуанидов начали применяться более 50 лет назад. Недостатком этих препаратов является высокая вероятность при их использовании появления лактат-ацидоза. К этой группе препаратов относятся буформин и фенформин. Недостаток препаратов этой группы послужил тому, что их исключили во многих странах из списка разрешённых. Единственным препаратом, разрешённым для использования и относящимся к этой группе, является метформин[23, с.50].

Действие препаратов обусловлено несколькими механизмами, которые не связаны с процессом секреции инсулина бета-клетками поджелудочной железы. Метформин способен в присутствии инсулина подавлять продуцирование глюкозы клетками печени. Дополнительно препарат способен уменьшать инсулинорезистентность периферических тканей организма.

Основным механизмом действия препаратов сульфонилмочевины нового поколения является стимулирование секреции инсулина. Медсредства этой группы воздействуют на клетки поджелудочной, усиливая их секреторные способности.

В процессе проведения медикаментозной терапии лечение препаратами сульфонилмочевины начинают с самых минимальных доз и увеличение доз осуществляют при дальнейшем проведении терапии только в случае крайней необходимости.

Побочными эффектами применения этих препаратов являются высокая вероятность развития в организме пациента состояния гипогликемии, увеличение массы тела, появление кожной сыпи, зуда, расстройства работы ЖКТ, нарушения состава крови и некоторые другие.

Тиазолидиндионы являются препаратами, которые относятся к новой группе средств, обеспечивающих снижение концентрации сахара в организме. Препараты этой группы действуют на рецепторном уровне. Рецепторы, воспринимающие такое воздействие, находятся на жировых и мышечных клетках.

Взаимодействие препарата с рецепторами позволяет увеличить чувствительность клеток к инсулину. Тиазолидиндионы обеспечивают снижение инсулинорезистентности, что значительно увеличивает уровень утилизации глюкозы. Эти препараты противопоказаны пациентам, которые имеют выраженную сердечную недостаточность[2, с. 70].

Профилактика при сахарном диабете любого типа требуется людям, у которых наблюдается один или несколько признаков возможной склонности к диабету. Это главным образом избыточный вес или склонность к полноте, малоподвижный образ жизни и генетическая предрасположенность. Для определения параметров нормы массы тела объем талии (в см) делится на объем бедер. При индексе более 0,95 у мужчин и 0,85 – у женщин, человек попадает в группу риска и должен пересмотреть режим и состав своего питания и образ жизни. Профилактика сахарного диабета у мужчин и женщин базируется на снижении влияния провоцирующих факторов, поэтому для болезни каждого типа помимо общих базовых принципов существуют свои, специфические рекомендации.

Для инсулинозависимого диабета профилактические меры включают в себя:

- контроль уровня сахара в периоды прохождения регулярных медицинских осмотров и диспансеризации;
- корректировка режима питания;
- отказ от курения и употребления алкоголя;
- своевременное лечение и профилактика вирусных болезней;
- занятия спортом, ведение активного образа жизни[10, с. 337].

При вхождении человека в группу риска развития диабета 2 типа из-за избыточной массы тела и повышенного уровня сахара в крови, меры профилактики следует направить на коррекцию веса. Согласно статистике, потеря каждых 5-7 лишних килограммов существенно улучшает прогноз по заболеваемости, снижая ее риск.

Предотвращению инсулиннезависимого диабета способствует соблюдение следующих принципов:

- снижение употребления углеводосодержащих продуктов питания;
- постоянный контроль веса;
- коррекция уровня физической нагрузки и активности;
- контроль уровня сахара в крови при прохождении плановых медицинских осмотров[11, с. 17].

Сегодня, без участия медсестры невозможно проводить профилактику диабета, ее деятельность заключается:

- обучение принципам самоконтроля диабета и поддержание мотивации осуществлять самоконтроль;
- эффективно оказывать качественную диабетологическую помощь
- проводить эффективное, безопасное и доступное для всех лечение[20, с. 19].

Роль медицинских сестер в создании комфортных условий для нормальной жизни – большая.

Медицинская сестра может помочь в организации школы, где каждый желающий сможет получить максимально-полезную информацию об этом заболевании.

В «Школе сахарного диабета» обучение проходят люди разных возрастных категорий. Целью школы является обучение страдающих сахарным диабетом людей методам самоконтроля. Также в задачу школы включена адаптация больных к новым условиям жизни и профилактика осложнений заболевания [7, с. 39]. Сестринская помощь больным включает в себя следующий план работы:

- Объяснение самому пациенту и его родственникам того, что сахарный диабет является не болезнью, которую можно вылечить, а образом жизни, к которому необходимо привыкнуть.
- Разработка и организация меню, ограничивающего легкоусвояемые углеводы (кондитерские изделия, мед, виноград, бананы, варенье, сахар и т.д.).
- Организация шестиразового приема пищи, где будет три основных приема и три перекуса.
- Обучение технике введения инсулина, нюансам и правилам его применения.
- Контроль за приемом противодиабетических препаратов.
- Разработка дозировки физической и умственной нагрузки для ребенка, страдающего диабетом.
- Строгий контроль гигиены пациента.
- Оберегание ребенка от приобретения простудных заболеваний и сопутствующих инфекций [19, с. 114].

1.4 Неотложные состояния и осложнения сахарного диабета. Роль медицинской сестры при неотложных состояниях и в профилактике осложнений сахарного диабета

Медсестра диабетического профиля обязана знать, что у больных СД могут возникнуть следующие осложнения: коматозные состояния, сердечно-сосудистые (ишемия, инфаркт, гипертонический криз), нервные (невропатия), нефропатия, нейропатии – поражения нервной системы, из-за которой больная стопа деформируется в своде, отекает, воспаляется, и развивается парестезия, ретинопатия (заболевания сосудов глаза), большая подверженность инфекционным осложнениям.

В связи с этим, в обязанность медсестры входит тщательное обследование кожных покровов пациентов, тем более, что при невропатии пропадает болевая чувствительность. Своевременная тщательная обработка ран и порезов. Ежедневное измерение АД и температуры тела, уровня сахара [1, с. 94].

При появлении этих состояний медсестра должна обеспечить пациенту устойчивое положение, вызвать врача, подготовить необходимые медикаменты, обеспечить внутривенный доступ.

После врачебных назначений должна приступить к их выполнению. При своевременном выполнении медсестрой обязанностей зависит жизнь пациента. Медсестре необходимо предупреждать пациентов о возможных осложнениях и рассказывать о самопомощи, которую они могут оказать себе сами.

Итак, сахарный диабет – хроническое нарушение обмена веществ, в основе которого лежит дефицит образования собственного инсулина и повышение уровня глюкозы в крови. Проявляется чувством жажды, увеличением количества выделяемой мочи, повышенным аппетитом, слабостью, головокружением, медленным заживлением ран и т. д. Заболевание хроническое, часто с прогрессирующим течением.

Высок риск развития инсульта, почечной недостаточности, инфаркта миокарда, гангрены конечностей, слепоты.

Резкие колебания сахара в крови вызывают угрожающие для жизни состояния: гипо- и гипергликемическую комы.

Пациенты с выявленным сахарным диабетом ставятся на учет врача-эндокринолога. При организации правильного образа жизни, питания, лечения пациент может чувствовать себя удовлетворительно долгие годы. Отягощают прогноз сахарного диабета и сокращают продолжительность жизни пациентов остро и хронически развивающиеся осложнения[14, с. 552].

Профилактика сахарного диабета I типа сводится к повышению сопротивляемости организма инфекциям и исключению токсического воздействия различных агентов на поджелудочную железу. Профилактические меры сахарного диабета II типа предусматривают недопущение развития ожирения, коррекцию питания, особенно у лиц с отягощенным наследственным анамнезом[3, с. 63]. Предупреждение декомпенсации и осложненного течения сахарного диабета состоит в его правильном, планомерном, лечении.

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА ПРИМЕРЕ ОГБУЗ «ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ СВ. ИОАСАФА»

2.1 Материалы и методы исследования

Практическое исследование проводилось на базе эндокринологического отделения ОГБУЗ «Областной клинической больницы Св. Иоасафа».

Характеристика базы исследования: Областная клиническая больница Святителя Иоасафа – ведущее лечебно-профилактическое учреждение Белгородской области.

В её состав входят: консультативная поликлиника на 600 посещений в смену, 23 специализированных отделения круглосуточного стационара на 1053 койки, перинатальный центр на 522 койки, центр медицинской реабилитации, диагностические и параклинические подразделения, отделение санитарной авиации, инженерные службы жизнеобеспечения больницы.

Ежегодно в больнице получают амбулаторно-поликлиническую и стационарную помощь свыше 170 тыс. жителей области, выполняется более 39 тыс. оперативных вмешательств, принимается свыше 5 тыс. родов.

Эндокринологическое отделение было создано на базе областной больницы в 1977 году. Отделение развернуто на 40 коек и является современным, хорошо оснащённым лечебно-диагностическим комплексом.

Многопрофильность областной клинической больницы Святителя Иоасафа позволяет в границах одного лечебного учреждения оперативно и эффективно решать вопросы диагностики и лечения патологии эндокринной системы.

В отделении работают высококвалифицированные врачи эндокринологи, сестринский персонал 10 человек: 2 сотрудника с высшей, 3 специалисты первой категории, 2 – совторой категорией.

Сотрудники отделения постоянно повышают свой профессиональный уровень, проходят обучение в ведущих эндокринологических центрах, участвуют в международных и общероссийских научно-практических конференциях. Медицинский персонал эндокринологического отделения отличается искреннее, добросовестное отношение к работе, милосердие к больным.

Основные направления работы эндокринологического отделения:

- Диагностика и лечение сахарного диабета типа 1 и типа 2.
- Выявление и комплексная терапия поздних осложнений сахарного диабета (диабетической полинейропатии, нефропатии, ангиоретинопатии, синдрома диабетической стопы).
- Диагностика и лечение (включая оперативное) патологии щитовидной железы: ультразвуковое исследование с проведением доплерографии, ТАБ узловых образований под контролем УЗИ, определение гормонов щитовидной железы сверхточным радиоиммунологическим методом.
- Лечение эндокринной офтальмопатии с проведением пульс-терапии глюкокортикостероидами.
- Диагностика и лечение заболеваний гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы — проведение компьютерной томографии для уточнения локализации опухоли гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, определение гормонального фона пациента и подбор заместительной гормонотерапии.
- Диагностика и лечение патологии репродуктивной функции у женщин и мужчин — определение уровня половых гормонов и проведение гормонотерапии.

- Диагностика различных видов остеопороза при помощи рентгеновской денситометрии и определения маркеров резорбции костной ткани и последующей выработкой тактики лечения данной патологии.
- Диагностика и лечение ожирения с разработкой индивидуальных диетических и медикаментозных, а также профилактических программ в зависимости от пола и вида ожирения.
- Подготовка к оперативному лечению и ведения во время операций и в послеоперационном периоде пациентов с эндокринной патологией.
- В отделении проходят лечение и подготовку к родам беременные с эндокринной патологией.

В отделении осуществляется комплексный подход к лечению каждого пациента. В процессе диагностики и лечения при необходимости могут быть привлечены врачи всех необходимых специальностей, используются современные мировые стандарты и новейшие технологии.

Для каждого пациента разрабатывается индивидуальная программа лечения и реабилитации, способствующая скорейшему восстановлению нарушенных функций организма, а также поддержанию достигнутой стабилизации состояния на максимально продолжительное время.

В отделении осуществляется обучение больных. Работает «Школа для больных сахарным диабетом», где проводится обучение принципам самоконтроля заболевания по современным методикам.

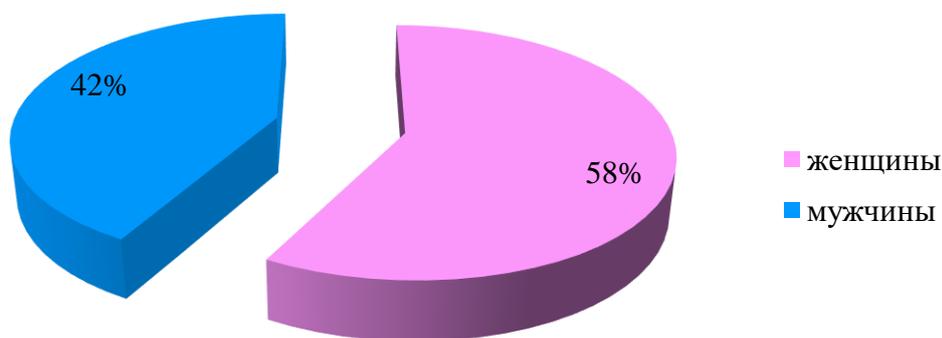
Для более адекватной и быстрой нормализации и стабилизации уровня гликемии у больных сахарным диабетом в отделении с 2007г. проводится суточное мониторирование уровня глюкозы в крови при помощи системы CGMS MedronicMiniMed.

Для улучшения самочувствия, качества жизни и отдаления наступления осложнений, связанных с диабетом в 2009г. в отделении внедрена помповая инсулинотерапия с постоянным мониторированием глюкозы крови.

Исследование проводилось методом анкетирования. Для этого исследования была самостоятельно разработана анкета (приложение 1), в которой респондента предлагалось ответить на 18 вопросов с предложенными вариантами ответов, если они не находили подходящий ответ, респонденты вписывали свой в отведенное для этого место.

Характеристика респондентов: в исследовании приняли участие 32 пациента эндокринологического отделения, подавляющее большинство из которых – женщины. Возрастная категория респондентов: от 34 до 79 лет.

2.2 Результаты исследования



На первом этапе исследования было определение гендерного состава респондентов.

Гендерный состав пациентов показан на рисунке 1.

Рис.1.Распределение респондентов по гендерному признаку

Большинство анкетированных по данным рисунка 1, были женского пола (58% - 19 человек). Это связано с тем, что женщины имеют дополнительные факторы риска развития сахарного диабета, такие как, прием оральных контрацептивов.

Исследовался также фактор места проживания респондентов (рис. 2).

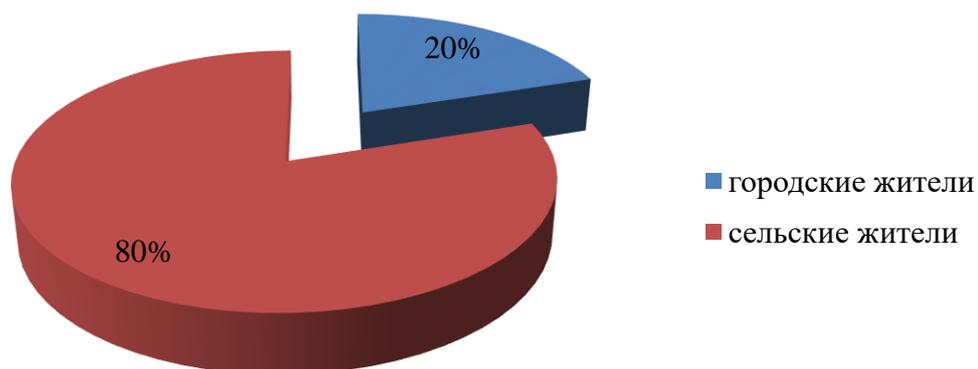


Рис. 2. Место проживания респондентов

Большая часть опрошенных были сельские жители (80% - 26 человек).

Социальный статус анкетированных показан на рисунке 3.

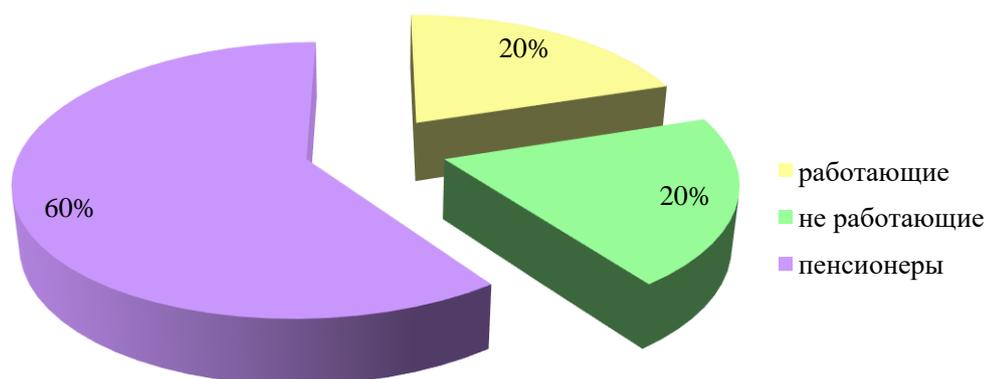


Рис.3. Социальный статус опрошенных

Исходя из рисунка 3, видно, что большинство респондентов принадлежат к категории пенсионеров – 60% - 20 человек (в основном преобладал сахарный диабет 2 типа). Работающая категория респондентов составила 20% - 6 человек. Не работающие также составили – 20% - 6 человек.

Следующим этапом выяснялся наследственный фактор заболевания, результаты показаны на рисунке 4.

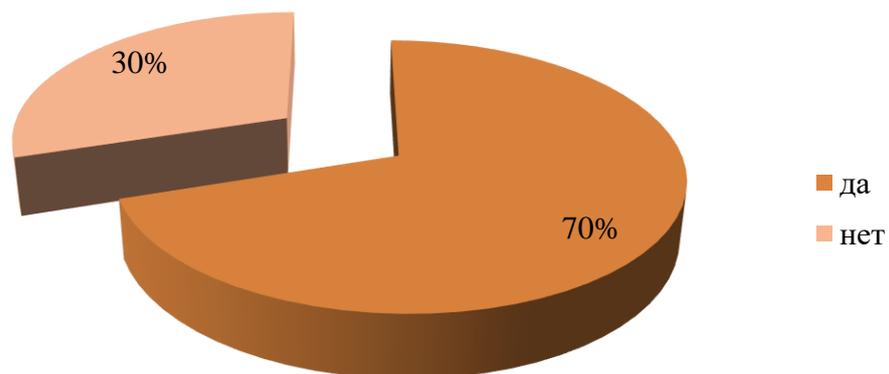


Рис.4. Наличие сахарного диабета в наследственности

Из данных рисунка 4, можно сделать вывод, что большая часть респондентов (70% - 22 человека) имеет в анамнезе наследственный фактор развития сахарного диабета.

На вопрос: «С какими причинами вы связываете возникновение у Вас сахарного диабета?», получены следующие ответы, которые показаны на рисунке 5:



Рис. 5. Причины сахарного диабета по мнению респондентов

Исходя из данных рисунка ответы были следующими:

30% респондентов (10 человек) причиной развития заболевания связано с избыточным весом. У 30% респондентов (10 человек) с психической нагрузкой (стрессы).

20% (6 человек) респондентов регулярно принимают или принимали курсы лекарственной терапии (в основном прием гормональных препаратов).

Остальные 20% (6 человек) связывают со своей наследственностью.

На вопрос: «Имели ли место вредные привычки в анамнезе до заболевания?» ответы респондентов показаны на рисунке 6:

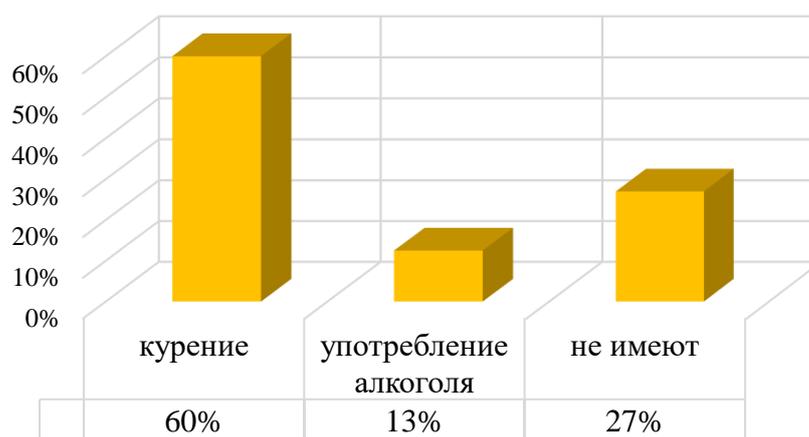


Рис. 6. Наличие вредных привычек у респондентов

По данным рисунка 6, можно сделать вывод, что курящие составили – 60% (19 человек), употребляют алкоголь – 13% (4 человека) и не имеют вредных привычек вообще – 27% (9 человек).

В лечении и профилактике осложнений необходимо придерживаться прописанной специалистом диеты.

На вопрос: «Придерживаетесь ли Вы специальной диеты?», ответы анкетированных были показаны на рисунке 7:

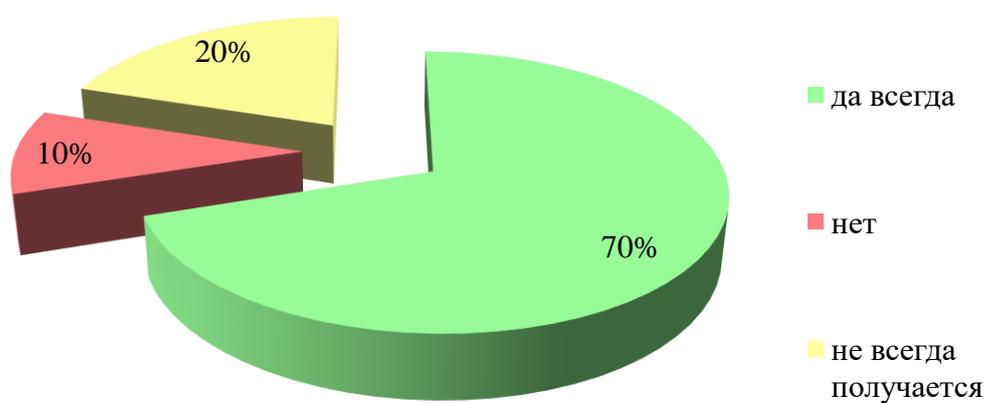


Рис. 7. Соблюдение назначенной диеты

70% респондентов(22 чел.) подходят ответственно к своему состоянию здоровья и придерживаются определенной диеты.

20% (6 чел.) не всегда придерживаются указаний, мотивируя свой ответ тем, что не могут отказать себе в любимых продуктах, таких как сладости, сдобная выпечка, иногда нарушая принцип диетического питания.

10% (4 чел.) вовсе не придерживаются прописанной диеты, так как скептически настроены к тому факту, что питание влияет на состояние их здоровья.

Помимо самоконтроля в питании, необходимо регулярно осуществлять контроль уровня сахара в крови.

Контроль сахара в крови регулярно осуществляют 60% опрошенных (рис. 8).

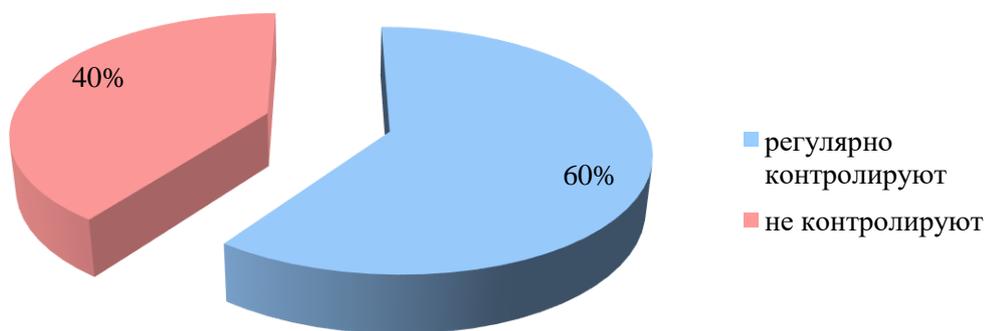


Рис. 8. Контроль уровня сахара

Исходя из данных рисунка, следует, что немалая часть опрошенных – 40% (13 чел.) не осуществляют контроль над уровнем сахара в крови, мотивируя свой ответ отсутствием глюкометра.

Далее на вопрос «Регулярно ли вы посещаете врача эндокринолога?» опрошенные ответили следующее (рис. 9).

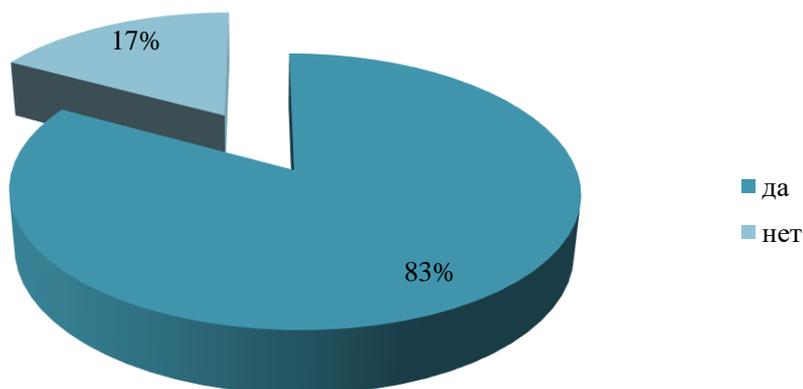


Рис. 9. Посещение респондентами врача-эндокринолога

По итогам исследования 83% (27 чел.) респондентов регулярно посещают врача-эндокринолога. Остальные 17% (5 чел.) делают это раз примерно в 1,5-2 года, ссылаясь на нормальное самочувствие.

Посещают «Школу сахарного диабета» лишь 33% (11 чел.) опрошенных (рис. 10).

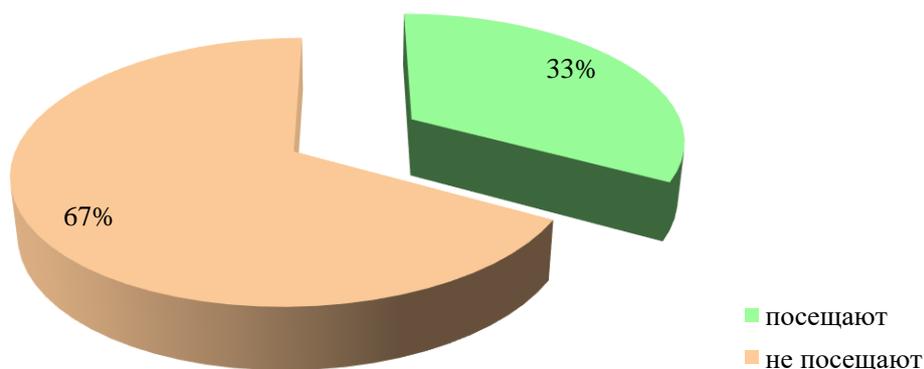


Рис. 10.Посещение школы сахарного диабета

67% респондентов (21 чел.) ответили, что «Школу сахарного диабета» не посещают, т.к. заболевание имеется не один год и в прошлом уже имелся опыт прохождения школы у 24% опрошенных. Остальные – 43% (из 67%) не имеют такого желания и справляются по их словам сами.

На вопрос: «Проводились ли беседы по поводу вашего заболевания с медицинскими сестрами отделения?», ответы были следующие (рис. 11):

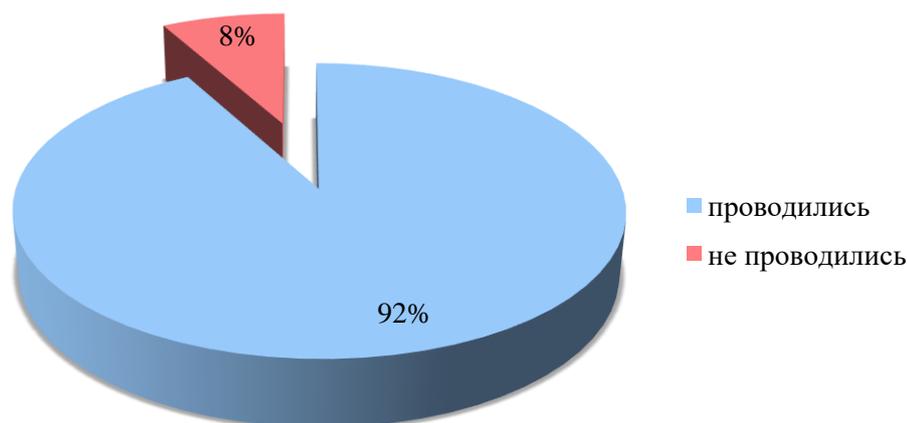


Рис.11. Проведение бесед медицинскими сестрами с респондентами

На рисунке 11 видно, что с большинством респондентов (92% - 30 чел.) проводились информационно-профилактические беседы о заболевании его профилактике, осложнениям, медицинскими сестрами эндокринологического отделения. Остальные 8% (2 чел.) отказались от получения информации.

Медицинская сестра отделения должна внимательно и чутко относиться к каждому пациенту. Мнение респондентов по поводу внимательного отношения медицинских сестер представлено на рисунке 12.

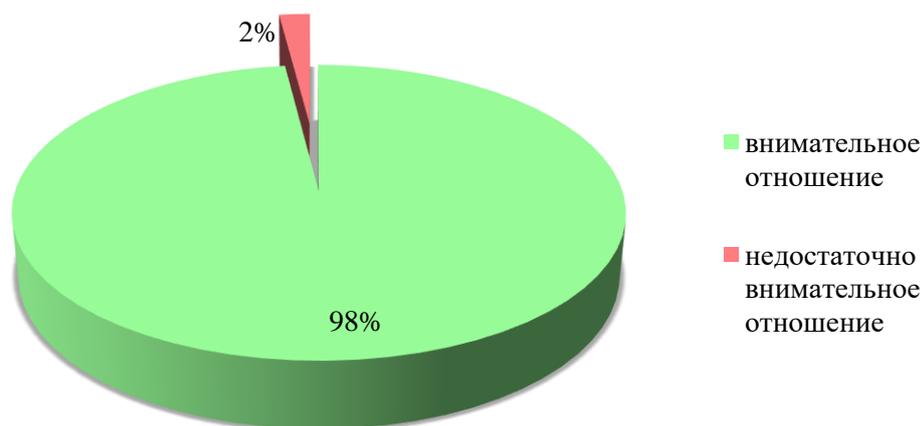


Рис. 12. Отношение медицинских сестре к проблемам пациента

98% (31 чел.) респондентов отметили, что медицинские сестры эндокринологического отделения проявляют внимание к проблемам и жалобам пациентов.

Кроме проведения практических манипуляций, медицинские сестры обязаны проводить беседы с пациентами по поводу профилактики возможных осложнений. Проводят ли такие беседы медсестры представлено на рисунке 13.

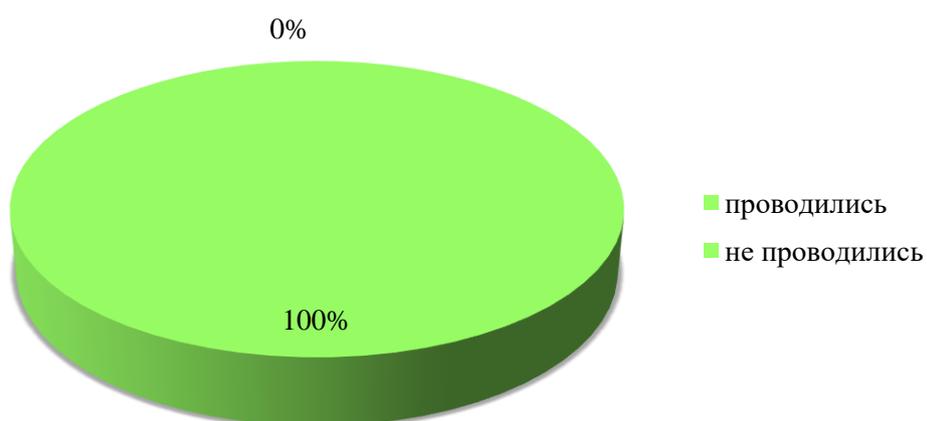


Рис. 13. Проведение бесед по поводу профилактики осложнений

Радует тот факт, что все респонденты отметили профилактическую работу медицинских сестер отделения по поводу профилактики осложнений.

Медицинская сестра должна следить за получением пищи после введения инсулина. Проводит ли медицинская сестра контроль за приемом пищи после введения инсулина показано на рисунке 14.

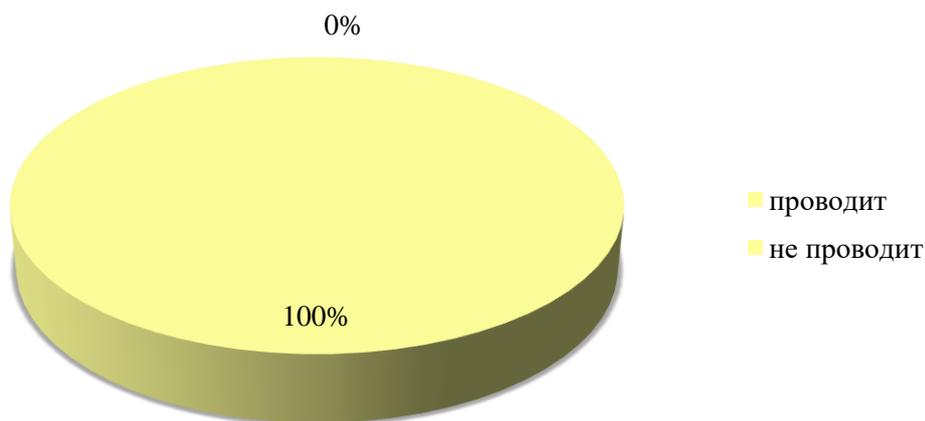
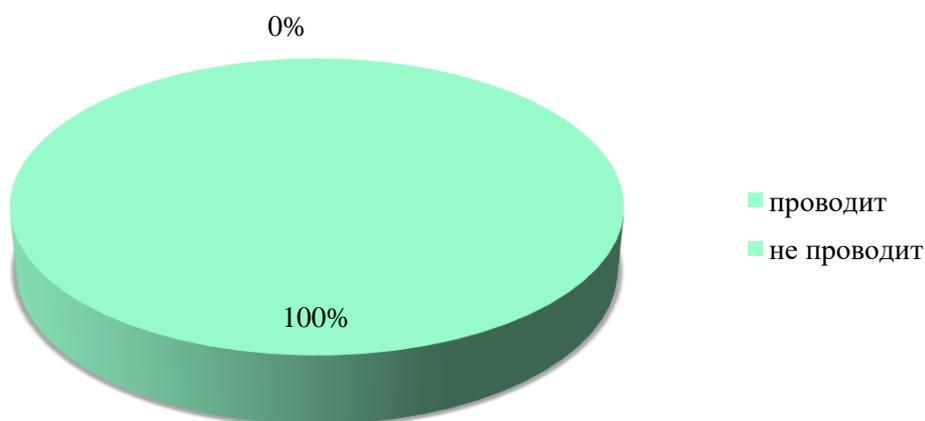


Рис. 14. Контроль за приемом пищи после введения инсулина

Все пациенты отметили, что медицинские сестры всегда контролируют прием пищи после введения инсулина.

В обязанности медицинской сестры входит обучение пациента контролю уровня сахара в крови при помощи глюкометра. Проводит ли медицинская сестра обучение пациента самоконтролю за сахаром



глюкометром представлено на рисунке 15.

Рис. 15. Обучение по пользованию глюкометром

Всем пациентам медицинская сестра демонстрировала технику использования глюкометра.

Оценка качества работы медицинских сестер респондентами представлена на рисунке 16.

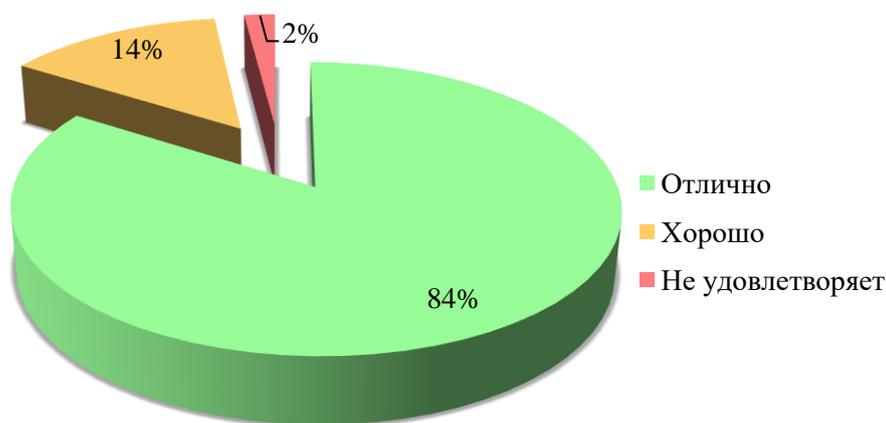


Рис. 16. Оценка качества работы медицинских сестер

84% (27 чел.) респондента оценивают качество работы медицинских сестер на «отлично», 14% (4 чел.) отмечают работу медицинских сестер как «хорошо» и только 2% (1 чел.) не довольны работой медсестер.

В своей работе медицинские сестры должны пропагандировать здоровый образ жизни и направлять пациентов в школу здоровья сахарного диабета. Рассказывали ли медицинские сестры о существующей школе сахарного диабета на базе отделения представлено на рисунке 17.

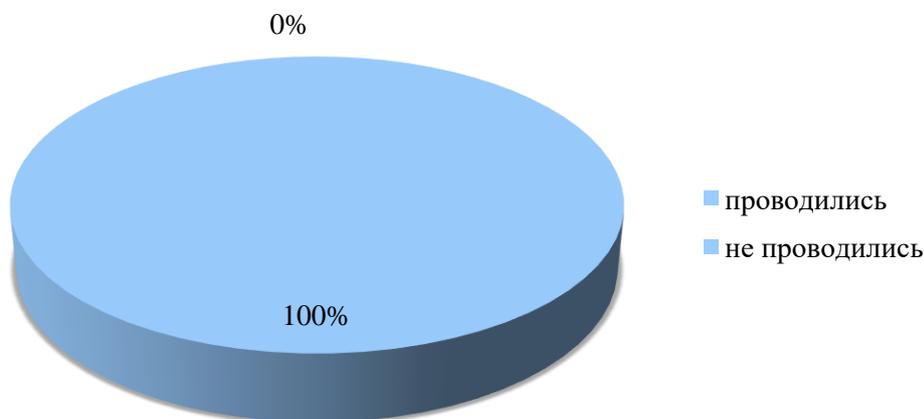


Рис. 17. Рекомендации школы здоровья сахарного диабета

Всем респондентам медицинские сестры предоставили необходимую информацию о школе здоровья сахарного диабета на базе отделения, после этих бесед многие респонденты поменяли мнение о школе здоровья сахарного диабета в лучшую сторону.

Все больные сахарным диабетом нуждаются не только в профессиональной поддержке медицинских сестер, но и чувствовать заботу, внимание и поддержку со стороны своих родственников и близких людей.

И на заключительном этапе выяснялось, имеют ли респонденты поддержку со стороны родственников (рис. 18).

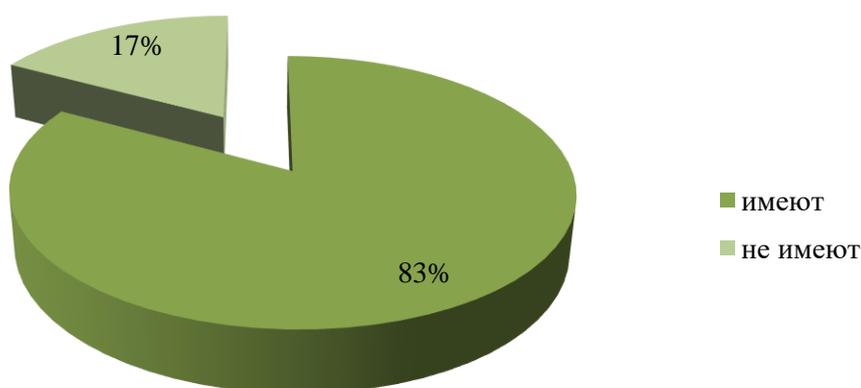


Рис. 18. Поддержка со стороны родственников и близких

Большинство респондентов (83% - 27 чел.) имеют поддержку со стороны семьи и близких родственников.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Итак, сахарный диабет – это патологическое состояние человеческого организма, которое характеризуется дефицитом инсулина. Клеточный обмен углеводов в результате развития болезни нарушается. При поражении организма болезнью существенно повышается концентрация глюкозы в крови и моче. Нарушаются практически все процессы метаболизма в организме человека. Разные типы сахарного диабета проявляются и диагностируются по-разному.

Развивается сахарный диабет из-за недостатка секрета поджелудочной железы – гормона инсулина. Это вещество отвечает за контроль и регулирование, расщепление и усвоение глюкозы на клеточном и тканевом уровне.

По ходу выполнения работы была достигнута цель исследования и реализованы все поставленные задачи.

По итогу выполнения практического исследования, были сделаны следующие выводы:

1. Большинство анкетированных женского пола (70%). Это связано с тем, что женщины имеют дополнительные факторы риска развития сахарного диабета, такие как, прием оральных контрацептивов.

2. Большая часть опрошенных были городские жители (80%). Принадлежат к категории пенсионеров – 60%.

3. 70% имеет в анамнезе наследственный фактор развития сахарного диабета.

4. 30% респондентов причиной развития заболевания связано с избыточным весом. У 30% респондентов с психической нагрузкой (стрессы). 20% респондентов регулярно принимают или принимали курсы лекарственной терапии (в основном прием гормональных препаратов).

5. Вредные привычки, как курение имели – 60%, употребляют алкоголь – 13% и не имеют вредных привычек вообще – 27% респондентов.

6. 70% подходят ответственно к своему состоянию и придерживаются определенной диеты. 30% не всегда придерживаются указаний, мотивируя свой ответ тем, что не могут отказать себе в любимых продуктах, таких как сладости, сдобная выпечка, иногда нарушая принцип диетического питания.

7. Контроль сахара в крови ежедневно осуществляют 60% опрошенных.

8. 83% респондентов регулярно посещают врача-эндокринолога. Остальные 17% делают это раз примерно в 1,5-2 года, ссылаясь на нормальное самочувствие.

9. 67% респондентов ответили, что «Школу сахарного диабета» не посещают, т.к. заболевание имеется не один год и в прошлом уже имелся опыт прохождения школы у 24% опрошенных. Остальные – 43% (из 67) не имеют такого желания и справляются по их словам сами. При этом все опрошенные подтвердили, что медицинские сестры отделения пропагандируют занятия в школе сахарного диабета.

10. Также 92% опрошенных пациентов утверждали, что с ними проводились информационно-профилактические беседы о заболевании его профилактике, осложнениям, медицинскими сестрами эндокринологического отделения. Остальные 8% отказались от получения информации.

11. Практически все респонденты отзываются положительно о профессиональных качествах и самой работе медицинских сестер

12. Большая часть опрошенных 83% имеют поддержку со стороны семьи и близких родственников.

Таким образом, работа медицинской сестры заключается в формировании здорового образа жизни среди пациентов и осуществление ухода за пациентами с сахарным диабетом.

От медицинской сестры требуются не только теоретические знания, но и творческий подход к решению поставленных задач. Так же важным фактором является работа с пациентом как с личностью.

Исходя из сделанных выводов, были разработаны следующие **рекомендации:**

1. Для пациентов:

- Следовать всем назначениям специалистов, а именно: соблюдение диеты, поддержание физической активности, соблюдать правила самогигиены и самоухода, ежедневный контроль основных жизненных показателей (АД, ЧСС, сахар крови), профилактический осмотр специалистом в назначенное время и при любом ухудшении состояния.

- Посещать школу здоровья сахарного диабета для полного контроля своего заболевания.

2. Для медицинских сестер:

- Постоянно повышать свой уровень профессиональной квалификации.

- Продолжать пропагандировать здоровый образ жизни и школу сахарного диабета в рамках своей компетенции.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, А.Ю. Майорова. – 8-й выпуск. – М.: УП ПРИНТ; 2017. – 112 с.
2. Аметов А. С. Современные подходы к профилактике и лечению сахарного диабета / А. С. Аметов, Л. В. Кондратьева, М. А. Лысенко // Клиническая фармакология и терапия. - 2017. - № 4. - С. 69-72.
3. Аметов А. С. Современные подходы к лечению и профилактике осложнений сахарного диабета 2-го типа и его осложнений / А. С. Аметов, Е. В. Доскина // Проблемы эндокринологии. - 2017. - № 3. - С. 61-64.
4. Демичева О. Ю. Сахарный диабет / Ольга Демичева. - Москва : Э, 2016. – 159 с.
5. Диагностика и лечение сахарного диабета: учебное пособие / И. В. Лекарева, А. Л. Емельянова, А. А. Тарасов, О. Е. Гальченко; М-во здравоохранения Российской Федерации, Волгоградский гос. мед. ун-т. - Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2015. – 63 с.
6. Зотова Т. Ю. Основы патогенеза сахарного диабета: учебное пособие для использования в образовательном процессе образовательных организаций, реализующих программы высшего образования по специальностям 31.05.01 Лечебное дело, 31.05.03 Стоматология, 33.05.01 Фармация / Т. Ю. Зотова, А. Е. Кузовников. - Москва : Российский ун-т дружбы народов, 2017. – 120 с.
7. Ибрагимов Л. И. Эффективность обучения и качество жизни у больных сахарным диабетом / Л. И. Ибрагимов, Ю. И. Филиппов, А. Ю. Майоров // Сахарный диабет. - 2015. - № 1. - С. 35-40
8. Карамышева Т. Е. Сахарный диабет: современная энциклопедия / Татьяна Карамышева. - Москва: Эксмо, 2015. – 459 с.
9. Клиническое и прогностическое значение гипогликемии у больных сахарным диабетом / А. Л. Верткин [и др.] // Врач скорой помощи. - 2015. - № 9. - С. 4-8.

10. Лечение сахарного диабета / сост. С. П. Кашин. - Москва : Энтраст Трейдинг, 2015. – 574 с.
11. Малышева В. В. Комплексные инновационные решения в лечении и профилактики сахарного диабета / В. Малышева, Т. Дрогунова // Медсестра. - 2016. - № 9. - С. 17-18.
12. Матросова И. Б. Сахарный диабет (клиника, диагностика лечение): учебное пособие / И. Б. Матросова, В. Э. Олейников. - Пенза : Изд-во ПГУ, 2017. – 108 с.
13. Мишина Т. П. Сахарный диабет: учебное пособие / Т. П. Мишина. - Санкт-Петербург: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2015. – 47 с.
14. Осложнения сахарного диабета: лечение и профилактика / Дедов И. И., Шестакова М. В., Александров Ан. А. и др.; под редакцией академика РАН М. В. Шестаковой; ФГБУ "Эндокринологический научный центр" МЗ РФ, ФГБОУ ВО "Первый МГМУ им И. М. Сеченова" МЗ РФ. - Москва: Мед. информ. агентство (МИА), 2017. - 743 с.
15. Питание при сахарном диабете / [сост. Т. М. Чернышева]. - Нижний Новгород : Газетный мир, 2016. – 158 с.
16. Сахарный диабет: учебный пособие / Болевич С. Б. [и др.]; М-во здравоохранения РФ, Гос. бюджетное образовательное учреждение высш. проф. образования Первый Московский гос. мед. ун-т им. И. М. Сеченова, Ин-т проф. образования, Каф. патологии человека. - Москва : Ваш формат, 2015. – 139 с.
17. Сахарный диабет: многообразие клинических форм / Дедов И. И. и др. - Москва: Мед. информ. агентство (МИА), 2016. - 218 с.
18. Смирнова М.А. Лечебное питание. Сахарный диабет / Смирнова М. А. - Москва: РИПОЛ классик, 2016. – 62 с.
19. Тарасенко Н. А. Социальные аспекты и профилактика сахарного диабета и ожирения: монография / Н. А. Тарасенко. - Краснодар : КубГТУ, 2017. - 151 с.

20. Шатохина М. С. Обучение пациентов с сахарным диабетом как необходимое условие повышения эффективности лечебно-диагностического процесса / М. С. Шатохина // Сестринское дело. - 2015. - № 1. - С. 19-21.

21. Фадеев П. А. Сахарный диабет в деталях диагностики и лечения / Павел Фадеев. - Москва: Э, 2016. – 301 с.

22. Шестакова М. Инновации в диагностике и лечении сахарного диабета / М. Шестакова, О. Викулова // Врач. - 2015. - № 8. - С. 22-38.

23. Эффективная фармакотерапия. Effectivepharmacotherapy : журнал / учредитель и издатель: Группа компаний "Медфорум". - Москва: Медфорум, 2011-. - 28 см. 2015, № 17: Эндокринология. Спецвыпуск "Сахарный диабет" = Endocrinology. Specialissue "Diabetesmellitus". - 2015. - 58 с.

Анкета для пациентов

Здравствуйте! Вам будут предложены несколько вопросов. Выберите вариант ответа, который наиболее соответствует Вашему мнению. Заполнение анкеты займет у Вас 5-10 минут.

1. Укажите Ваш пол

- мужской
- женский

2. Где Вы проживаете?

- городской житель
- сельский житель

3. Ваш социальный статус

- студент
- рабочий
- не работаю
- пенсионер

4. Страдают ли (страдали ли) Ваши родственники сахарным диабетом?

- да
- нет

5. С какими причинами вы связываете возникновение у Вас сахарного диабета?

- стрессы
- употребление лекарственных средств
- наследственный фактор
- ожирение
- другое (укажите) _____

6. Имели ли место вредные привычки в анамнезе до заболевания?

- употребление спиртных напитков
- табака
- не употребляю

другое _____

7. Соблюдаете ли Вы диету назначенную врачом?

- да
- нет
- не всегда получается

8. Регулярно ли Вы контролируете уровень сахара (имеется глюкометр)?

- да
- нет

9. Регулярно ли Вы посещаете врача эндокринолога?

- да
- нет

10. Посещаете ли Вы «Школу сахарного диабета»?

- да
- нет

11. Проводились ли беседы по поводу вашего заболевания с медицинскими сестрами отделения (профилактика заболевания, осложнения)?

- проводились
- не проводились
- не в полном объеме

12. Считаете ли вы что мед сестра внимательно относится к вашим проблемам?

- да
- нет

13. Принимает ли медсестра участие в обучении вас навыкам предупреждения осложнений?

- да
- нет

14. Проводит ли медицинская сестра контроль за приемом пищи после введения инсулина?

- да
- нет

15. Проводит ли медицинская сестра обучение пациента самоконтролю за сахаром глюкометром?

- да
- нет

16. Как вы считаете выполняет ли медсестра свои обязанности квалифицированно?

- Отлично
- Хорошо
- Не удовлетворительно

17. Рассказывала ли вам медицинская сестра о преимуществах школы сахарного диабета?

- да
- нет

18. Имеете ли Вы поддержку по состоянию здоровья со стороны ваших родственников?

- да
- нет

Спасибо за участие в опросе!

Алгоритм введения инсулина

Оснащение:

Стерильные лотки с ватными шариками, инсулиновый шприц, р-р медицинский асептический 70%, перчатки, контейнер для сбора израсходованного материала.

Действия медсестры:

1. Получить информированное согласие пациента.
2. Вымыть руки.
3. Приготовить стерильный лоток с ватными шариками, инсулиновый шприц.
4. Протереть крышку флакона с инсулином р-ром медицинским асептическим 70%.
5. Подождать несколько минут пока р-р медицинский асептический 70% высохнет или снять его остатки сухой ваткой.
6. В шприц набрать воздух в количестве, эквивалентном количеству вводимых единиц инсулина.
7. Введите воздух во флакон с инсулином, создавая дополнительное давление.
8. Наберите нужное количество инсулина и 2-3 единицы сверх того, чтобы легче удалить пузырьки воздуха, попавшие в шприц.
9. Выпустите воздух во флакон вместе с лишним инсулином.
10. Наденьте перчатки.
11. Протрите место инъекции тампоном с р-ром медицинским асептическим 70%, затем сухим ватным тампоном.
12. Соберите кожу в складку большим и указательным пальцами.
13. Быстрым легким движением введите иглу под углом 45° или 90° .
14. Введите инсулин.
15. Не удаляя иглы из тела пациента, сосчитайте до 10.

16. Извлеките иглу.
17. Разберите шприц, поместите его в дезинфицирующий раствор.
18. Использованную вату замочите в дезинфицирующем растворе.