

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
(Н И У « Б е л Г У »)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Сестринского дела

**РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ САХАРНОГО
ДИАБЕТА У ДЕТЕЙ**

Дипломная работа студентки

**очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса, группы 03051506
Чалаповой Екатерины Геннадьевны**

Научный руководитель:
Преподаватель
Витива Н. В.

Рецензент:
Старшая медицинская сестра
отделения медико-социальной
помощи детской поликлиники
№4 ОГБУЗ «Детская областная
клиническая больница»
Мумрина Ю. С.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ ПО ПРОБЛЕМЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА У ДЕТЕЙ.....	5
1.1. Понятие. Причины возникновения сахарного диабета у детей	5
1.2. Патогенез	5
1.3. Клиническая картина	6
1.4. Осложнения сахарного диабета.....	12
1.5. Диагностика сахарного диабета у детей.....	13
1.6. Проведение самоконтроля	14
1.7. Школы сахарного диабета	16
1.8. Лечение сахарного диабета у детей	17
1.9. Профилактика возникновения сахарного диабета у детей.....	18
ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА У ДЕТЕЙ.....	22
2.1. Распространенность сахарного диабета у детей.....	22
2.2. Организационная характеристика «Детской областной клинической больницы» Детской поликлиники №4	25
2.3 Социологическое исследование деятельности медицинской сестры в профилактике сахарного диабета у детей.....	26
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	37
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	40
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	42

ВВЕДЕНИЕ

Сахарный диабет - это опасное заболевание, которое характеризуется огромным количеством осложнений, способных вызвать не только нетрудоспособность человека, но и летальный исход.

Сахарный диабет встречается у детей и подростков всех возрастов, почти все случаи диабета у детей до 10 лет — это диабет первого типа (инсулинозависимый), но диабет второго типа больше не является болезнью, затрагивающей только взрослое население, количество детей с этим заболеванием растет каждый год.

В этом случае ребенку необходим квалифицированный уход и помощь профессионала, которым может стать медицинская сестра. Она проходит с пациентом все стадии: от обследования и диагностики до реализации составленного вместе с пациентом плана ухода за ним.

В последнее время проблема профилактики, ранней диагностики и контроля за течением сахарного диабета у детей и взрослых стала острой медико-социальной проблемой, которая обозначена в числе приоритетных направлений развития здравоохранения. Приводя к тяжелым осложнениям и ранней потере трудоспособности. Сахарный диабет характеризуется высокой смертностью, в том числе и в юном возрасте, что обуславливает актуальность выбранной темы.

Цель исследования: роль медицинской сестры в профилактике сахарного диабета у детей.

Задачи:

1. рассмотреть этиологию и предрасполагающие факторы возникновения сахарного диабета у детей;
2. рассмотреть клинические симптомы детей с сахарным диабетом;
3. провести анализ статистики заболеваемости сахарным диабетом у детей во время преддипломной практики;

4. определить роль медицинской сестры в профилактике сахарного диабета у детей;

5. выявить слабые места в работе медицинской сестры по направлению профилактики сахарного диабета у детей и его осложнений, дать рекомендации.

Объектом исследования являлись родители и их дети, страдающие бронхиальной астмой, получающие медицинскую помощь в детской поликлиники ОГБУЗ «ДОКБ».

Предметом исследования являлась профилактическая работа медицинской сестры по вопросу сахарного диабета у детей.

Методы исследования: научно-теоритический, аналитический, наблюдение.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ ПО ПРОБЛЕМЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА У ДЕТЕЙ

1.1. Понятие. Причины возникновения сахарного диабета у детей

Сахарный диабет (СД) - распространенное эндокринное заболевание, характеризующееся повышенным содержанием глюкозы в крови, приводящим к нарушению обмена веществ, и тяжелым осложнениям, таким как раннее развитие и быстрое прогрессирование атеросклероза и ассоциированных с ним сердечно-сосудистых заболеваний.

Причины и факторы, способствующие повышению уровня сахара в крови и возникновению сахарного диабета можно разделить на немодифицируемые (на которые невозможно повлиять) и модифицируемые (которые возможно изменить). К немодифицируемым относятся возраст и семейный анамнез. К модифицируемым факторам относятся избыточная масса тела, гиподинамия, повышенное артериальное давление, повышенный уровень холестерина и курение.

Осведомленность, понимание и изменение факторов риска поможет избежать или отсрочить развитие сахарного диабета и его осложнений.

1.2. Патогенез

Инсулинозависимый сахарный диабет является аутоиммунным заболеванием человека, то есть он возникает, когда организм человека принимает полезные клетки за нападающих микробов. Бета-клетки, находящиеся в поджелудочной железе человека, в случае инсулинозависимого диабета, оказываются клетками, на которые направлена ответная атака иммунитета. Постоянная атака антител, уничтожает клетки, тем самым не позволяет организму вырабатывать инсулин, который необходим для обмена веществ. Если инсулин не поступает в кровоток, он не дает глюкозе поступить

в клетки, отсюда появляется гипогликемия.

Сахарный диабет второго типа, характеризуется невосприимчивостью к инсулину, то есть у человека, страдающего данным заболеванием, инсулиновые рецепторы теряют чувствительность, выработанный инсулин не перерабатывается, а значит, глюкоза не поступает в клетки.

Переход глюкозы в клетки нарушается при недостатке инсулина, организм начинает использовать жиры и белки в качестве источников энергии, которые окисляются не до воды и углекислого газа, а до промежуточных продуктов, то есть до кетоновых тел. В результате этого в крови происходит смещение кислотно-щелочного баланса организма в кислотную сторону. Из-за того что в организме возникает недостаток энергии и сахара в клетках, глюкагон начинает переводить гликоген в глюкозу. Так как уровень глюкозы в крови повышается, то наступает гипергликемия, но из-за недостатка инсулина, глюкоза не перерабатывается и в клетки не поступает. Через потовые железы и через почки с мочой начинает выделяться сахар из организма, отсюда появляется зуд кожных покровов и гликозурия.

1.3. Клиническая картина

Для сахарного диабета, обоих типов, характерны ряд симптомов, таких как полиурия (частое мочеиспускание), полидипсия (неестественная жажда), полифагия (повышенное чувство аппетита), резкая потеря массы тела, слабость, быстрая утомляемость, нарушение зрения («пелена» перед глазами, «мушки»), онемение конечностей, судороги, замедленное заживление ран.

Основные симптомы (полиурия, полидипсия, полифагия, похудение) больше характерны для сахарного диабета первого типа, они развиваются остро, чаще всего пациенты могут с точностью назвать дату начала проявления этих симптомов.

Вторичные симптомы (зуд кожных покровов, общая слабость, воспалительные поражения кожи, головная боль, сухость в ротовой области,

нарушение зрения) развиваются медленно на протяжении всей болезни.

В течение заболевания различают три стадии потенциальный диабет (предиабет), латентный диабет (скрытый) и явный сахарный диабет.

Незначительное повышение уровня глюкозы в крови может свидетельствовать о наличии предиабетного состояния. Предиабет чаще всего не сопровождается характерными для СД симптомами. Факторами риска развития сахарного диабета являются генетическая предрасположенность, то есть наличие сахарного диабета у близких родственников, избыточная масса тела при рождении, а также избыточный вес и частые инфекционные заболевания, такие как краснуха, паротит. Необходимо своевременно выявить данную патологию на ранних стадиях, чтобы предотвратить переход предиабета в диабет [6, с.47].

Латентный диабет, то есть, как его еще называют скрытый диабет, проходит без клинических проявлений заболевания. При данной стадии заболевания уровень сахара в крови натощак обычно в пределах нормы, но через 2 часа после глюкозной нагрузки содержание сахара в крови к нормальным показателям не возвращается.

Явный диабет согласно его течению принято делить на сахарный диабет с бурным течением и сахарный диабет с медленным течением. Признаками сахарного диабета с бурным течением являются жажда, то есть полидипсия, частое мочеиспускание - полиурия, сухость слизистых оболочек (яркий малиновый язык) и кожных покровов. Часто отмечается резкое похудение за короткий промежуток времени (до 5 – 10 кг), притом, что чувство аппетита неестественно повышенное. К ранним симптомам сахарного диабета также относят повышенную потливость, тремор и тягу к сладкому. При сахарном диабете с медленным течением, нужно обратить внимание на спутники сахарного диабета, такие как, гнойно-воспалительные заболевания кожных покровов и слизистых оболочек, то есть фурункулез, вульвиты, у девочек вульвовагиниты, стоматиты.

Из-за того, что одним из основных симптомов сахарного диабета,

является повышенное чувство жажды, человек страдающий данным заболеванием потребляет большое количество жидкости, следовательно, увеличивается и объем выделяемой мочи, с повышенным содержанием в ней глюкозы, что называется глюкозурией.

Степень выраженности частого мочеиспускания (полиурии) может быть разной. Количество выделенной мочи может достигать 5-6 л в сутки. Выделенная моча, имеет высокий удельный вес за счет того, что в нее выделяется сахар, обычно бесцветная. В дневной промежуток времени данный симптом, особенно у детей более старшего возраста, не привлекает внимания взрослых, а ночная полиурия и недержание мочи являются более манифестным признаком. Ночной энурез считается результатом тяжелой полиурии и в основном служит первым признаком диабета. Полиурия считается компенсирующим процессом, так как способствует снижению уровня сахара в организме, вместе с выделяющейся мочой из организма выводятся кетоновые тела. Симптом полидипсии появляется из-за резкого обезвоживания организма, в основном родители обращают внимание на жажду именно в ночные часы. Сухость во рту вынуждает ребёнка на протяжении ночи вставать несколько раз и пить воду, в то время как здоровые дети, имеющие привычку потреблять большое количество жидкости в течение дня, ночью встают пить редко.

Полифагия, то есть сильное чувство голода, формируется из-за того что нарушается утилизации глюкозы и она выводится вместе с мочой. Этот признак чаще всего поощряется родителями, как хороший аппетит и не рассматривается как жалоба.

Потеря массы тела является патогномоничным признаком, он особенно характерен для инсулинозависимого типа сахарного диабета, в то время как при втором типе сахарного диабета обычно вес не снижается, а наоборот увеличивается. Причина резкой потери массы тела у человека при повышенном аппетите, заключается в том, что отсутствие инсулина не позволяет клеткам организма поглощать сахар и перерабатывать его в энергию, вместо этого он бесцельно циркулирует в крови, поэтому организм начинает искать

альтернативные источники энергии, сжигая белок, жир и мышечную массу. Возможна потеря массы тела вследствие увеличения мочеиспускания.

Диабетический кетоацидоз возникает из-за повышенного содержания ацетона в крови, вследствие сжигания организмом собственных жиров для получения энергии, если возможность выработки энергии, за счет поглощения сахара отсутствует. Зачастую сахарный диабет начинается у детей с псевдоабдоминального синдрома, так как при быстром развитии кетоацидоза, у них возникают такие симптомы, как боли в животе, тошнота, рвота. Данные признаки расцениваются как хирургическая патология. Из-за этого такие дети зачастую ошибочно подвергаются лапаротомии, с подозрением на острый живот.

При обследовании пациента вовремя дебюта СД практически всегда наиболее проявленным признаком является сухость кожных покровов и слизистых оболочек, также на волосистой части головы может появиться сухая себорея из-за нарушения функционирования сальных желез, а на ладонях и стопах появляется шелушение. Слизистая полости рта и губы обычно сухие, ярко красного цвета, в углах рта появляется раздражение и ангулит, то есть воспаление в уголках рта, помимо этого в ротовой полости могут развиваться молочница и стоматит. Тургор кожи снижен. у маленьких детей в подмышечной области могут появиться складки кожи, которые свисают.

Из-за сопутствующих патологий, к примеру, таких как гепатит, холецистит или дискинезии желчевыводящих путей у детей зачастую отмечается увеличение печени и зависит данная патология от степени нарушения метаболизма. В случае сахарного диабета первого типа печень увеличивается в своих размерах, а пальпация органа доставляет болезненные ощущения. Ведущим фактором гепатомегалии при сахарном диабете, служит высокая концентрация гликогена. Введение инсулина в организм еще сильнее увеличивает концентрацию гликогена, поэтому на начальных этапах инсулинотерапии печень увеличивается в размерах. Воспаление может спровоцировать фиброзные изменения, в тканях могут происходить

преобразования необратимой природы, вследствие этого функциональность органа снижается. Если пациент отказывается от приема препаратов инсулина, то гибнут гепатоциты, следственно развивается цирроз, характеризующийся резистентностью к инсулину. При сахарном диабете второго типа может также выявляться гепатомегалия, края органа заостренные, а болевой синдром на ранних стадиях отсутствует, заболевание прогрессирует не стремительно. В этом случае увеличение железы происходит вследствие избыточного отложения липидов в гепатоцитах.

В пубертатном периоде у девочек в период начального этапа сахарного диабета может нарушаться менструальный цикл (олигоррея). Наступления первой менструации может задержаться на 0,8-2 года.

У детей младшего возраста клиническая картина сахарного диабета с более острым началом и с небольшим продромальным периодом, как правило, с явлениями кетоза. Постановка диагноза в этом возрасте бывает достаточно затруднительна, из-за того что жажда и частое мочеиспускание могут быть пропущены. у маленьких детей, в этом случае, диабет диагностируется в состоянии прекомы или комы.

Первый клинический вариант начала СД у детей грудного возраста это резкое развитие токсико-септического состояния, то есть внезапная дегидратация, рвота, интоксикация стремительно приводят к развитию диабетической комы и потом постепенное ухудшение тяжести состояния, прогрессирование дистрофии, несмотря на хороший аппетит. Родители обычно предъявляют жалобы на «накрахмаленные» пеленки после высыхания мочи или липкие пятна на полу после попадания мочи.

У детей первых 5 лет жизни СД также проявляется с более острым и тяжелым развитием заболевания по сравнению с больными более старшего возраста. У детей до 5 лет отмечается большая потребность в препаратах инсулина в начале лечения СД, так как начало заболевания чаще протекает с кетоацидозом. У таких детей часто выявляется синдром нарушенного всасывания питательных веществ в тонкой кишке (мальабсорбции),

проявляется увеличением размеров живота, метеоризмом, развитием гипотрофии и задержкой в росте. Сахарному диабету могут предшествовать фурункулез, ячмень и различные кожные заболевания. У девочек очень часто бывают жалобы на зуд в области наружных гениталий и в других частях тела, что побуждает родителей обследовать их у гинеколога из-за подозрения гинекологических заболеваний и позволяет выявить СД на ранних стадиях. Также возможно появление спонтанной гипогликемии за несколько лет до начала проявления диабета, у ребенка появляется повышенная тяга к употреблению большого количества сладких блюд. Эти гипогликемические симптомы отражают дисфункцию бета-клеток поджелудочной железы в период начала сахарного диабета, через 1-6 месяцев у большинства детей появляются классические симптомы заболевания.

Течение сахарного диабета у детей разделяют на начальный этап, ремиссию и прогрессирование диабета.

После начального этапа ремиссия прослеживаются не постоянно. В стадию ремиссии улучшается общее состояние. Для достижения оптимального метаболического контроля во время ремиссии детям требуется инсулина меньшее количество, а у некоторых пациентов потребность в инсулине исчезает полностью. Длительность стадии ремиссии может быть от нескольких недель до нескольких месяцев.

У детей в препубертатный и пубертатный период также может быть изменчивое течение заболевания. Изменчивость течения данного заболевания обуславливается тем, что нейрогуморальная регуляция нестабильна, а обменные процессы в связи с интенсивным ростом и развитием ребенка напряжены. На всех стадиях пубертата инсулинорезистентность выражена намного ярче.

Подростки, страдающие от заболевания сахарного диабета, испытывают собственную недостаточность, в сопоставлении с иными ровесниками, из-за необходимости регулярного питания, ограничений в еде, постоянном контроле над гликемией и постоянного страха гипо- и гипергликемических состояний.

Родителям следует обеспечить для подростка необходимую социальную адаптацию. Эти факторы также могут проявлять воздействие на метаболический контроль.

1.4. Осложнения сахарного диабета

У детей и подростков, как и у взрослых осложнения СД делятся на острые и поздние. Острые осложнения могут проявиться в любое время заболевания и требуют скорой медицинской помощи. К ним относят гипо- и гипергликемическую кому.

Гипогликемическая кома происходит вследствие катастрофически низкого уровня сахара в крови, то есть из-за передозировки инсулина. Данное осложнение развивается остро, ребенок становится возбужден, отмечается повышение аппетита и холодный липкий пот. Экстренная помощь заключается в том, что ребенка следует накормить, дать выпить крепкий сладкий чай или дать перорально раствор глюкозы.

Гипергликемическая кома происходит из-за повышенного уровня глюкозы в крови, вследствие острого дефицита инсулина. Главными симптомами гипергликемии являются такие симптомы, как мочеизнурение, жажда, сухость кожных покровов и слизистых оболочек, зуд кожных покровов, слабость, а так же головная боль, сонливость, спутанность и потеря сознания, тошнота, рвота, боли в животе, шумное, частое и глубокое дыхание, запах ацетона в выдыхаемом воздухе. При наступлении этого осложнения необходимо срочно ввести инсулин и безотлагательно вызвать скорую.

Диабетический кетоацидоз – еще одно осложнение, которое очень распространено среди пациентов с сахарным диабетом первого типа, как правило, возникающее из-за несистематического приема инсулина.

Как правило, детям и подросткам трудно развить самодисциплину и перестроить свой привычный образ жизни, особенно на первых порах. Так же, на ситуацию с недостатком самоконтроля могут повлиять такие факторы, как

сложные социальные условия, сопутствующие заболевания, депрессия и другие психические расстройства. Так же, при использовании инсулиновой помпы пациенты могут столкнуться с нарушениями в ее работе (перекручивание или выхода катетера, плохая абсорбция инсулина из-за воспаления в месте инфузии, неисправность помпы) и как следствие даже не подозревать, что назначенная дозировка нарушена.

Психологические проблемы можно так же считать осложнениями заболевания, так как почти у половины подростков с сахарным диабетом развивается депрессия, беспокойство, расстройства пищевого характера. Последние являются очень серьезной проблемой, особенно у девочек, так как они, пытаясь снизить или контролировать свой вес, могут пропускать инъекции инсулина, что приводит к снижению контроля уровня гликемии и может привести к гипергликемической коме.

В детском возрасте редко встречаются сосудистые осложнения, но они имеют свойство проявляться через несколько лет от начала заболевания. К таким осложнениям относятся диабетические нефропатия, нейропатия, ретинопатия, офтальмопатия, артропатия и энцефалопатия. Также есть риск развития синдрома диабетической стопы. Данный синдром возникает при поражении периферической нервной системы, мягких тканей, суставов и костей в виде язв. Обычно, предпочтительным методом лечения, является проведение реваскуляризационной операции, также используют малоинвазивные оперативные вмешательства.

Всех осложнений можно избежать, если соблюдать все предписания врача и советы медицинской сестры о профилактики.

1.5. Диагностика сахарного диабета у детей

Диагностика сахарного диабета на первичном этапе включает в себя анализы крови и мочи. Эти анализы назначаются пациенту, чтобы узнать, есть ли в образцах следы глюкозы, так как если показатель уровня глюкозы не

превышает норму, это свидетельствует об отсутствии сахарного диабета у человека, а отклонение от допустимой нормы может говорить о том, что глюкоза не перерабатывается организмом и проникает в мочу.

Анализ крови на уровень глюкозы определяет содержание глюкозы в капиллярной крови, проводится натощак, кровь забирается из пальца. Уровень глюкозы натощак 5,5 ммоль/л свидетельствует о гипергликемии.

Анализ на толерантность организма к глюкозе проводится путем двукратного забора крови, сначала натощак и потом через 2 часа после перорального приема 75 г раствора глюкозы, разведенного в воде.

С недавних времен Всемирная организация здравоохранения одобрила использования показателя гликированный гемоглобин, для диагностирования сахарного диабета. В отличие от измерения уровня глюкозы в крови, гликированный гемоглобин отражает в себе среднее содержание глюкозы в крови за более длительный период. Данное исследование обычно используется для оценки качества лечения, если показатели гликированного гемоглобина высокие, необходимо провести корректировку лечения.

Для подтверждения диагноза сахарного диабета также проводится анализ мочи на содержание глюкозы (от 2 до 8 %), и кетоновых тел. Для определения сахара в моче применяют «Глюкотест», «Мультистикс»; кетоновые тела в моче определяются, используя «Кетостикс».

1.6. Проведение самоконтроля

Так как лечение сахарного диабета проводится на протяжении всей жизни человека, самоконтроль и добросовестное выполнение всех рекомендаций врача обязательны, дабы снизить риск развития осложнений данного заболевания.

Самоконтролем называется анализ некоторых важных для больных СД параметров в домашних условиях. Показатели, полученные при проведении самоконтроля для лечения СД важнее показателей, полученных в условиях

лечебно-профилактических учреждений, так как они лучше отражают состояние человека в повседневной жизни.

Для самоконтроля уровня сахара в крови используют тест-полоски, вставляемые в портативные приборы, которые называются глюкометры. Человеку с сахарным диабетом первого типа рекомендовано выполнять измерения гликемии с помощью глюкометра перед завтраком, перед обедом, перед ужином и перед сном. Специальное обучение использования глюкометра необязательно, обычно достаточно перед применением ознакомиться с инструкцией. Специальные устройства для взятия крови приобретаются отдельно или поставляются в комплекте к прибору (иглы, ланцеты), позволяющие сделать прокол кожи безболезненным. Ланцеты необходимо менять, дабы предотвратить инфицирования и не травмировать кожу тупыми иглами. Методика данного исследования довольно проста. Перед проведением процедуры необходимо вымыть руки, включить прибор, вставить тест-полоску. Затем нужно сделать прокол. Прокол нужно делать на боковой поверхности концевой фаланги пальца, так как в боковых поверхностях проходят кровеносные сосуды, а в подушечках находятся нервные волокна, поэтому проколы в подушечках дают меньше крови, более болезненны и хуже заживают. После этого нужно поднести палец к тест-полоске, чтобы полоска смогла засосать кровь, подождать несколько секунд и занести готовый результат в дневник самоконтроля (приложение 1).

Для проверки наличия кетоновых тел, не обязательно обращаться в поликлиническую или стационарную лабораторию, проведение самоконтроля возможно и в домашних условиях. Кетоновые тела в моче определяют с помощью тест-полосок. Тест-полоску опускают в емкость с мочой и некоторое время спустя сравнивают со шкалой, которая показывает уровень кетоновых тел.

У пациентов с сахарным диабетом второго типа в большинстве случаев имеется избыточный вес или ожирение разных степеней. Величина, позволяющая оценить степень соответствия массы тела человека с его ростом,

называется индекс массы тела (ИМТ). Данную величину можно вычислить с помощью формулы: $ИМТ = \text{масса тела в кг} / (\text{рост в метрах})^2$. Полученный показатель интерпретируется по таблице предложенной Всемирной организацией здравоохранения (приложение 2).

Взвешивание в бытовых условиях может позволить провести оценку динамики веса и тем самым оценить результативности изменения рациона питания и физической активности. Взвешиваться предпочтительно минимум 1 раз в неделю, лучше всего это делать в одно и то же время в одной и той же одежде, это гарантирует более надежные характеристики. Результаты непременно следует вносить в Дневник самоконтроля и демонстрировать на приеме у врача-эндокринолога.

Все без исключения показатели, полученные при самоконтроле, сведения о его рационе питания, его физической активности и получаемой терапии, необходимо непременно вносить в Дневник самоконтроля. Дневник показывать врачу при каждом посещении. В наше время существуют программы, которые дают возможность считывать показания глюкометра и переносить их в компьютер, добавлять туда другую информацию, и таким образом вести электронный дневник. Дневник служит основой для коррекции лечения, проводимой как самостоятельно, так и после обсуждения с врачом.

1.7. Школы сахарного диабета

В целях увеличения качества жизни людей, страдающих сахарным диабетом, на базе поликлиник либо стационаров создают Школы сахарного диабета. Врач-эндокринолог направляет пациентов в Школу сахарного диабета, медицинская сестра, владеющая основами педагогики и психологии, занимается формированием учебных групп и непосредственно самим обучением.

С больными, которые находятся на лечении в стационаре с ограниченными способностями, занятия проводятся индивидуально. Пациенты

с легкой степенью заболевания обучаются в группах. На занятиях Школы сахарного диабета пациентов, их близких и волонтеров обучают методам самоконтроля, правилам диетотерапии, выполнению медицинских манипуляций, гигиеническим навыкам, правилам поведения в неотложных ситуациях.

Школа для больных сахарным диабетом и их родственников создана для повышения качества жизни пациентов, уменьшения риска возникновения тяжелых инвалидизирующих осложнений данного заболевания.

1.8. Лечение сахарного диабета у детей

У детей лечение СД пожизненное, как и у взрослых. В него входят физические упражнения, ограничения в пищевом рационе и лечение медикаментами.

Дозированные физические нагрузки помогают повысить чувствительность тканей организма к инсулину и тем самым снизить уровень сахара в крови, поэтому они очень важны в лечении СД у детей. Необходимо обязательно потреблять дополнительные углеводы до, во время и после физических нагрузок, а также важно контролировать уровень глюкозы в крови на протяжении всех физических занятий.

Питание больного ребенка должно быть максимально сбалансированным и должно отвечать всем требованиям, соблюдение данных условий позволит ребенку нормально расти и развиваться. Из рациона необходимо исключить углеводную нагрузку (потребление хлебобулочных изделий из пшеничной муки, картофель, манной и рисовой каш), чтобы облегчить лечение сахарного диабета. Каши из крупы грубого помола (гречневая и овсяная) исключать не нужно. Употребление хлеба не должно превышать 100г в день. Все овощи (кроме картофеля) можно давать ребенку без ограничений. Также широко необходимо включать в диету при диабете фрукты и ягоды. Изредка можно давать ребенку цитрусовые, то есть апельсины, мандарины, а также клубнику,

землянику и малину. Фрукты можно употреблять сырыми или в виде компотов с заменителями сахара. Жирные, острые и соленые соусы, сладкие подливы из меню должны исключиться. Если у ребенка нет заболеваний печени и почек можно добавлять в пищу небольшое количество лука. Кормить больного сахарным диабетом ребенка необходимо 6 раз в сутки и более. Наибольшее удовлетворение для ребенка, как правило, приносит привычная для него еда, поэтому при составлении диеты должны учитываться особенности питания семьи, то есть часы и объем каждого приема пищи, а также пищевые привычки ребенка. Состав питания ребенка необходимо согласовать с врачом, наблюдающим его.

Внутреннее большинство детей, страдающих сахарным диабетом, получают инсулин. Благодаря внедрению в лечебную практику препаратов инсулина длительного действия, как правило, бывает достаточно одной инъекции инсулина в день. Подбор препарата инсулина, его дозировка и график введения также определяются лечащим врачом. При лечении диабета у взрослых таблетки от диабета в большинстве случаев достаточно результативны, однако, весьма крайне редко дают хорошие результаты у детей. Их назначают в целях дополнительного средства для уменьшения числа уколов или дозы инсулина, также ими пользуются при легких формах болезни. Дети и подростки, которые добросовестно лечатся и стараются точно придерживаться режима питания, обычно хорошо развиваются физически и психически. Грамотно выбранная и сформированная терапия препаратами инсулина и постоянный контроль над состоянием ребенка в значительной степени облегчают течение болезни и позволяют больным диабетом детям вести полноценный образ жизни.

1.9. Профилактика возникновения сахарного диабета у детей

Профилактика сахарного диабета у детей заключается в выявлении детей, относящихся к группе риска по данному заболеванию и предупреждении

осложнений у уже больного ребёнка, то есть ежемесячное обследование у эндокринолога и других специалистов [№8, с.35].

Если в семье есть близкие, страдающие от данного заболевания вероятность рождения ребенка с такой же патологией более высока и поэтому родители обязаны максимально снизить риск развития у него диабета. В младенческом возрасте лучшей профилактикой болезни станет грудное вскармливание, так как натуральное молоко содержит ценные элементы, укрепляющие иммунитет ребенка и защищающие его от возможных инфекционных заболеваний, провоцирующих диабет. В период взросления правильное питание также остается ключевым фактором в поддержании баланса сахара в крови. Уже в дошкольном возрасте дети должны понимать, что нужно есть много овощей и фруктов, рыбу и каши. Некоторые родители для профилактики всю семью переводят на низкоуглеводную диету, которая не позволяет иммунитету уничтожать бета-клетки. Важно систематически контролировать вес детей, так как необоснованный набор массы тела и повышенный аппетит должны серьезно насторожить взрослых. Родители также должны следить за режимом сна малыша и обязательно уделять достаточное количество времени подвижным играм.

Риски появления диабета снизятся, если не допускать скопления в организме ребенка вирусов и инфекций, которые могут стать мощным толчком для нарушения углеводного обмена и запуска аутоиммунных процессов [3, с.56].

В профилактике диабета у детей, также, важно уделить внимание их психологическому комфорту, общению со сверстниками и атмосфере в семье. Сильные стрессы, страхи и потрясения могут вызвать не просто беспокойное поведение, но и стать толчком к развитию серьезного заболевания, например, сахарного диабета.

Детей, находящихся в группе риска по развитию диабета, стоит записать в спортивную секцию или на танцы. Это станет отличной профилактической мерой против диабета. В процессе работы мышцы «сжигают» опасные для

потенциального диабетика углеводы. Организму нечего отложить про запас. у него с собой обязательно должен быть перекус, например, немного орехов или сухофруктов.

Дети привыкают к определенному рациону, если так питается вся семья. Выработав определенное пищевое поведение в детстве, подростку, а затем и взрослому человеку будет проще относиться к ограничениям в пищевом рационе, необходимым для здоровья и ведения полноценной жизни.

Профилактика сахарного диабета у детей заключается в воспитании у них бережного отношения к своему организму и выработке здорового пищевого поведения. Также большую роль в профилактике данного заболевания играет поддержание спокойной психологической обстановки в семье и двигательная активность ребенка.

У детей, страдающих сахарным диабетом, в пубертатный период обычно резко ухудшается гликемический контроль, более высокий, нестабильные показатели глюкозы, этому может послужить большой ряд причин. Основная причина заключается в том что подростки очень мало уделяют времени своему заболеванию, из-за того что у них появляется множество других интересов. В этом случае подростку необходимо объяснить, что диабет и самоконтроль – это его выбор и что он сам выбирает свое будущее – счастливое и без осложнений или наоборот, но, не давя на него, а стараясь строить с ним доверительные отношения.

Таким образом, изучив теоретическую литературу по проблеме заболевания сахарного диабета у детей, можно сказать, что сахарный диабет у ребенка, является стрессом для всей семьи. Но при крепком союзе семьи и медицинского персонала, возможно, избежать развития осложнений заболевания, обеспечить ребенку правильное физическое и психическое развитие и адекватную социальную ориентацию. Для человека, страдающего сахарным диабетом очень важно систематически соблюдать рекомендации по приему лекарственных противодиабетических препаратов, прописанных врачом, следовать рекомендациям по питанию, физической активности и

помнить, что сахарный диабет это хроническое заболевание, а значит в первую очередь это образ жизни.

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА У ДЕТЕЙ

2.1. Распространенность сахарного диабета у детей

Сахарный диабет входит в число распространенных хронических заболеваний. В последнее время это заболевание рассматривается как социальная проблема, которая становится все более актуальной. Это связано с тем, что заболеваемость растет, его течение носит хроническую форму, протекает с грозными осложнениями, приводящими к снижению качества жизни и сокращению ее продолжительности. Для проведения анализа по проблеме сахарного диабета у детей были использованы статистические данные ВОЗ, согласно которым можно сделать вывод, что от данного заболевания во всем мире страдает около 422 миллионов детей и подростков (таблица 2).

Таблица 2

Рейтинг стран по числу заболеваемости сахарным диабетом у детей по данным ВОЗ

№	Страна	Число больных диабетом детей (миллионы)
1	Индия	50.8
2	Китай	43.2
3	США	26.8
4	Россия	9.6
5	Бразилия	7.6
6	Германия	7.5

Из данных таблицы понятно, что Россия входит в пятерку стран-лидеров по высокой заболеваемости сахарным диабетом у детей. Учитывая мнение Всемирной Организации Здравоохранения, данные показатели являются весьма заниженными, так как недиагностированными остаются примерно 50% случаев заболевания.

В период с 2012 по 2018 год число больных сахарным диабетом детей в России увеличилось на 25% (таблица 3).

Таблица 3

Показатели заболеваемости сахарным диабетом у детей в Российской Федерации с 2012 по 2018 г. (по данным МИАЦ)

Год	Число заболевших за данный год	Заболеваемость (на 100 тыс.)
2012	13	7,28
2013	15	8,55
2014	9	5,40
2015	17	11,08
2016	8	4,18
2017	19	10,81
2018	22	10,16

Из данных таблицы понятно, что заболеваемость сахарным диабетом у детей в России колеблется, но в целом остается на высоких цифрах (Рис.1).

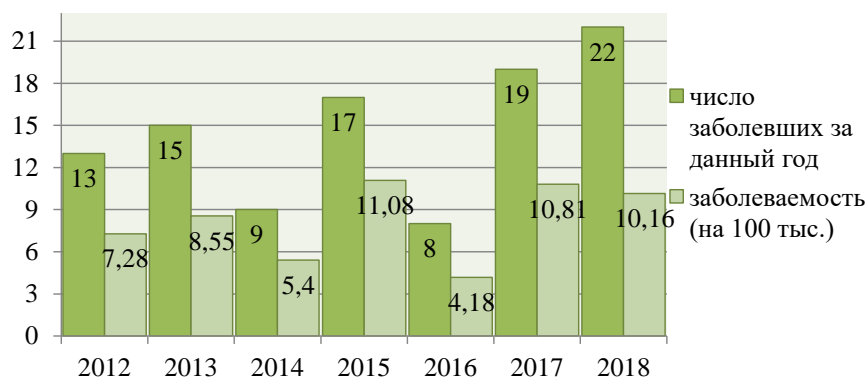


Рис. 1. Показатели заболеваемости СД у детей в РФ с 2012 по 2018 г.

В детской поликлинике № 4 ОГБУЗ «ОДКБ» был проведен анализ статистических данных заболеваний детей сахарным диабетом за период 2014 – 2018гг, данные которого приведены в таблице 3.

Таблица 3

Заболеваемость СД в общей структуре болезней Детской областной клинической больницы за период 2014 – 2018 гг.

Года	Всего больных	С эндокринной патологией	С сахарным диабетом	% пациентов с сахарным диабетом	Впервые выявленные	% впервые выявленных
2014	1195	231	201	88%	29	14%
2015	1182	292	250	86%	44	18%
2016	1093	292	213	93%	53	24%
2017	1136	297	274	92%	45	16%
2018	1163	361	325	90%	65	20%

По данным таблицы можно сказать о том, что большую часть эндокринных патологий составляет СД. Из таблицы можно также увидеть

значительный рост заболеваемости детей СД Белгородской области среди эндокринных заболеваний (Рис.2).

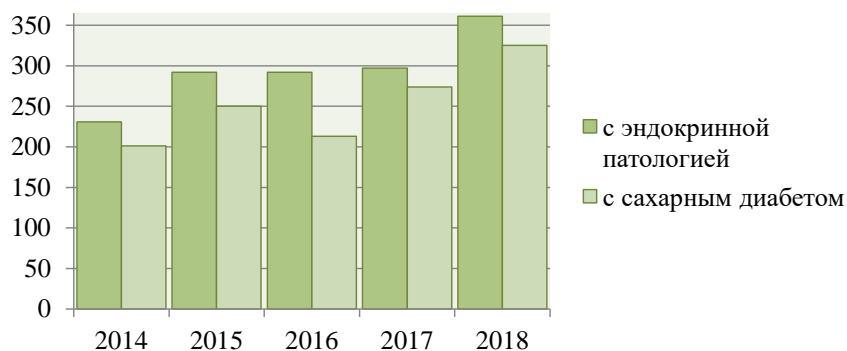


Рис.2. Рост заболеваемости детей СД Белгородской области среди эндокринных заболеваний за период 2014 – 2018 гг.

2.2. Организационная характеристика «Детской областной клинической больницы» Детской поликлиники №4

В настоящее время Детская поликлиника № 4 г. Белгорода оказывает медицинскую помощь 35116 детям и подросткам. Пациенты, обращающиеся за помощью в данное учреждение, при необходимости могут получить амбулаторно-поликлиническую помощь по различным врачебным специальностям, таким как педиатрия, ортопедия и хирургия, неврология, эндокринология, гинекология, гастроэнтерология, офтальмология и др.

На базе лицея № 38 и школы № 46 организованы и активно работают медико-оздоровительные центры для школьников. Врачи поликлиники регулярно проводят профилактические осмотры детей. При необходимости учащиеся получают консультации узких специалистов, направления на физиотерапевтические процедуры, в кабинет ЛФК.

2.3 Социологическое исследование деятельности медицинской сестры в профилактике сахарного диабета у детей

С целью изучения профессиональной деятельности медсестры в профилактике СД у детей были проведены исследования на базе ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница» Детская поликлиника №4.

Была составлена анкета, которая заполнена методом опроса. Анкета состоит из 15 вопросов, предназначенных выявить информированность родителей о профилактике сахарного диабета у детей (приложение 3).

В анкетировании приняли участие 32 респондента – это дети и родители детей, состоящих на учете у эндокринолога.

Для анализа возрастной категории респондентов получены следующие данные: 9,4% (3) респондентов возраста от 0 до 5 лет; 21,9% (7) - от 5 до 10 лет; 37,5% (12) – от 10 до 15 лет; 31,3% (10) - старше 15 лет (Рис.3).

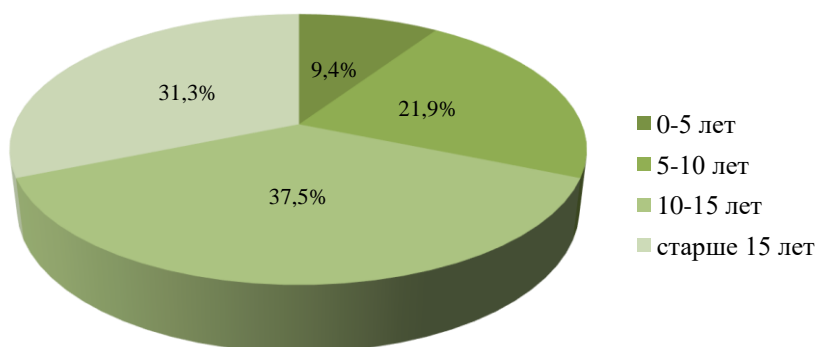


Рис.3.Распределение респондентов по возрасту

По данным диаграммы понятно, что наибольшее количество респондентов принадлежит к возрастной группе от 10 до 15 лет.

Согласно данным анкетирования 31% (10) - мальчики, 69% (22)–девочки (Рис.4).

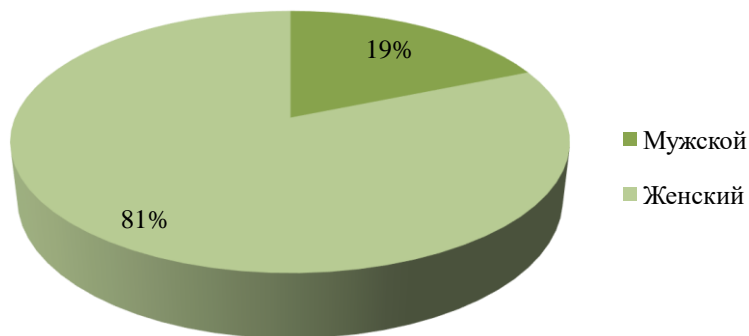


Рис.4.Распределение респондентов по полу

Из диаграммы следует, что большую часть респондентов составляют девочки.

Так как проведение мероприятий, необходимых больным СД первого или второго типа для предотвращения осложнений данного заболевания, предусматривает достаточно высокие материальные затраты, то важно оценить уровень материального обеспечения респондентов (Рис.5).

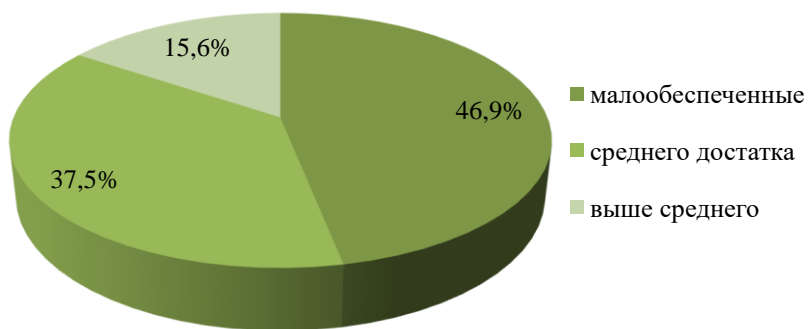


Рис.5. Уровень достатка семей

Изучив диаграмму, можно сказать, что большинство опрошиваемых семей (46,9%) являются малообеспеченными.

Выявляя уровень знаний респондентов о признаках сахарного диабета, определено, что 43,75% (14)- имеют достаточно знаний, 18,75% (6) – не достаточно, 37,5% (12) –ничего не знают об этом заболевании (Рис.6).

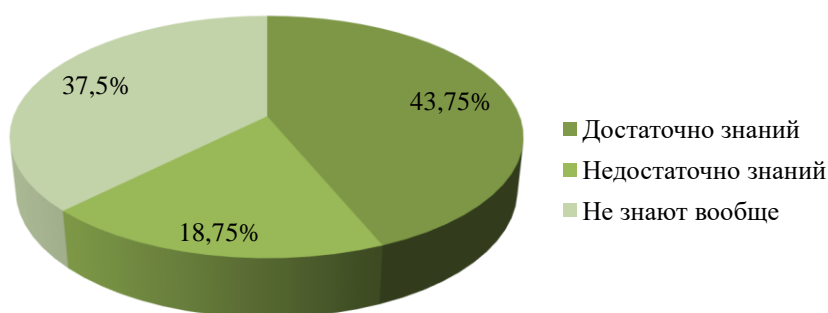


Рис.6.Распределение уровня информированности респондентов о признаках сахарного диабета

Из диаграммы можно видеть, что 40% родителей имеют средний уровень информированности о признаках проявления сахарного диабета.

О факторах, приводящих к появлению сахарного диабета, достаточно знают 31% (22) респондентов (Рис.7).

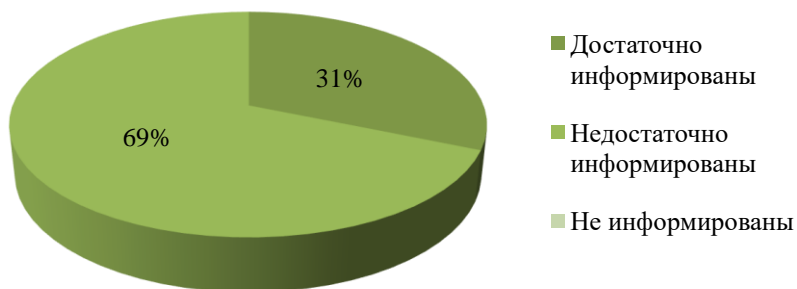


Рис.7.Распределение респондентов по уровню знаний факторов риска возникновения сахарного диабета

Процентное распределение на диаграмме показывает, что большая часть респондентов (69%) недостаточно информированы о факторах риска возникновения сахарного диабета.

Также было исследовано, проводились ли измерения уровня сахара в крови респондентам за последний год: 44% - да, а 56% - нет (Рис.8).

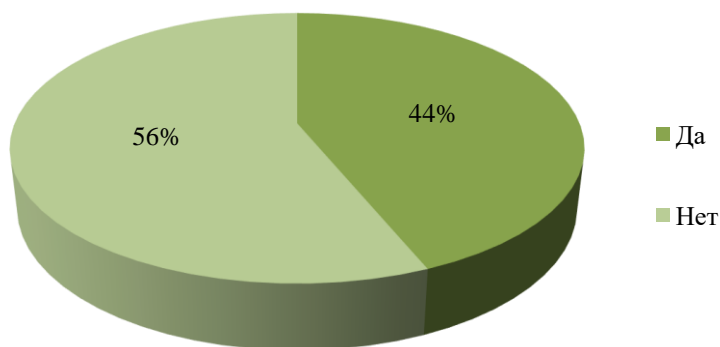


Рис.8. Проведение измерения уровня сахара в крови

Из приведенной круговой диаграммы следует, что 44% детей проходили измерения уровня сахара в крови, а 56% детей, состоящих на учете у врача-эндокринолога, данное диагностическое обследование в этом году не проходили.

Среди предполагаемых причин сахарного диабета у респондентов 43,8% (14) ответили, что нарушают режим питания, 12,5% (4) имеют избыточную массу тела, 9,4% (3) пребывают в длительных стрессовых ситуациях, 28,1% (9) ведут малоподвижный образ жизни, 3,1% (1) имеют проблемы с поджелудочной железой, 3% (1) перенесли инфекционные заболевания (Рис.9).

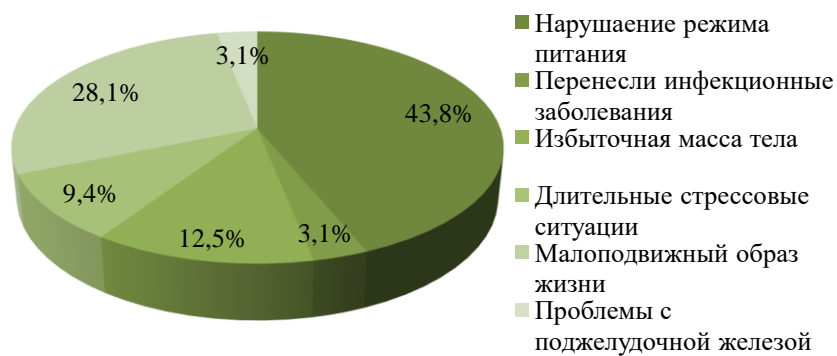


Рис.9. Предполагаемые причины сахарного диабета

По данным диаграммы понятно, что основными предполагаемыми причинами сахарного диабета у данной категории респондентов, по их мнению, являются нарушения режима питания и гиподинамия.

Из всех 43, 8% (14) респондентов, предполагающих основной причиной заболевания нарушение режима питания, 35,7% (5) - придерживаются рационального питания, 42,9% (6) нарушают его время от времени, 21,4% (3) - вовсе не соблюдают режим питания (Рис.10).

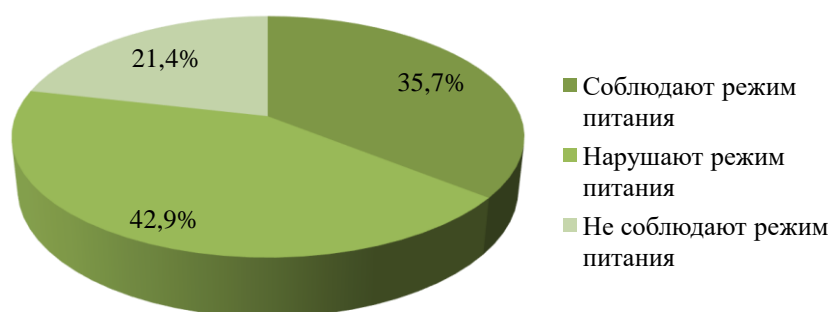


Рис.10. Распределение респондентов по соблюдению режима питания

Несмотря на то, что 43, 8% знают о важности ограничения углеводов в пище, лишь 34% из них придерживаются ограничений, 26% предпочитают

жирное и сладкое, 16% игнорируют полученные знания (Рис.11).

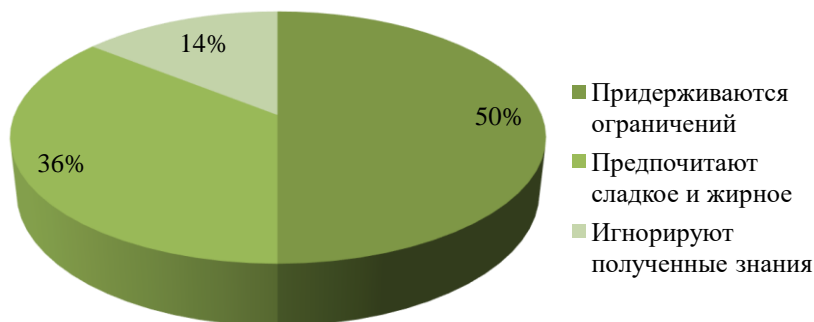


Рис.11. Соблюдение ограничения углеводов в пище

Основные проблемы респондентов на момент анкетирования: 37,5% (12) - слабость, 12,5% (4) - частое мочеиспускание, 21,9% (7) - жажда, 25% (8) - повышение аппетита, 3,1% (1) - отмечают зуд кожных покровов (Рис.12).

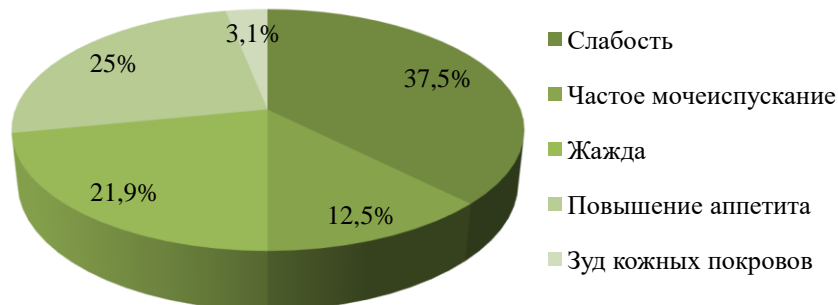


Рис.12. Основные проблемы респондентов

Основными проблемами респондентов на момент анкетирования были названы слабость, повышение аппетита и жажда. Из всех опрошенных только 53,1% (17) - регулярно контролируют уровень сахара в крови самостоятельно или при помощи родителей. 34,4% (11) - осуществляют контроль не систематически, 12,5% (4) - игнорируют этот вопрос (Рис.13).

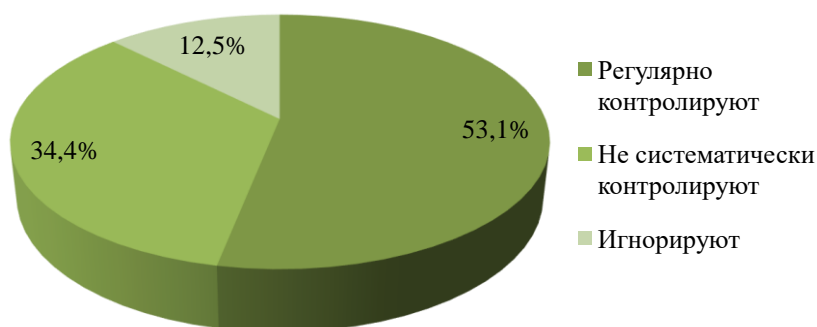


Рис.13. Регулярность контроля уровня сахара в крови

На вопрос об обучении использования глюкометра 65,6% (21) респондентов ответили, что обучены медицинской сестрой, 15,6% (5) - членами семьи, 12,5% (4) - больными сахарным диабетом, 6,3% (2) - по инструкции к прибору (Рис.14).

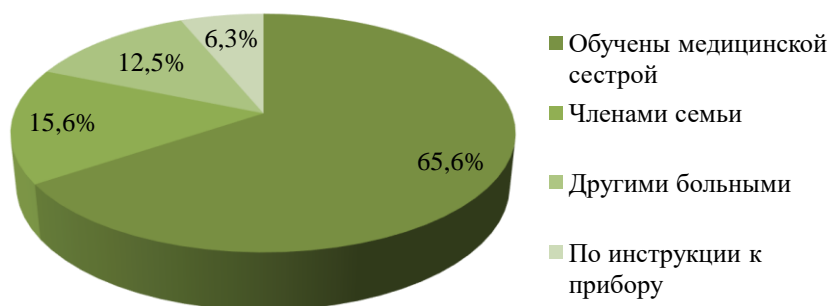


Рис.14. Обучение обращению с глюкометром

75% (24) респондентов, после обучения медицинской сестрой технике введения инсулина, самостоятельно используют инсулиновую ручку для введения препарата, 15,6% (5) - получают инсулин при помощи родителей, 9,4% (3) - самостоятельно применяют инсулиновую помпу (Рис.15).

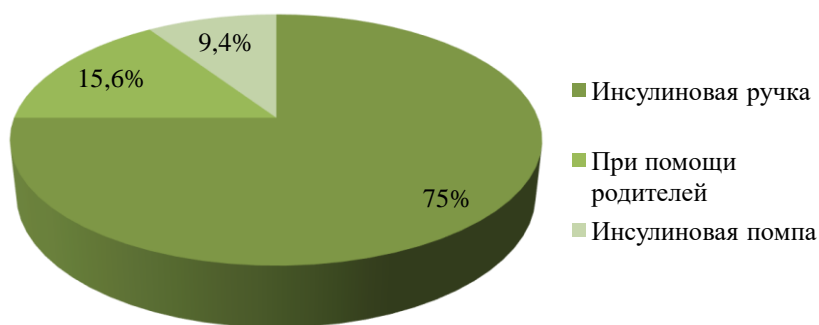


Рис.15. Способ получения инсулина

81% (26) респондентов информированы медицинской сестрой о возможных осложнениях заболевания и оказании помощи при них (Рис.16).

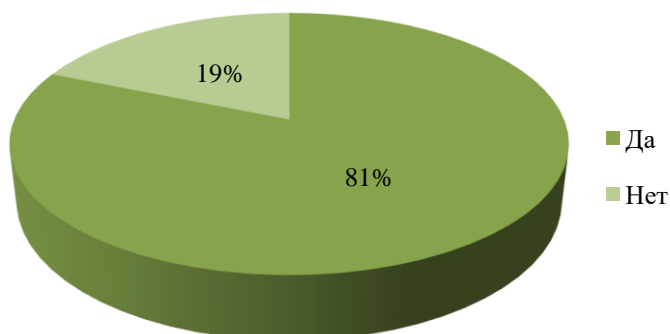


Рис.16. Осведомленность об осложнениях сахарного диабета

Предотвратить или снизить процент осложнений, возможно при посещении школы сахарного диабета. На вопрос о желаемой тематике данной школы 13% (4) респондентов ответили, что хотели бы научиться выполнять инъекции инсулина и использовать инсулиновую помпу, 84,4% (27) - обучиться подсчету хлебных единиц, 3,1% (1) - не считают необходимым посещение такой школы (Рис.17).

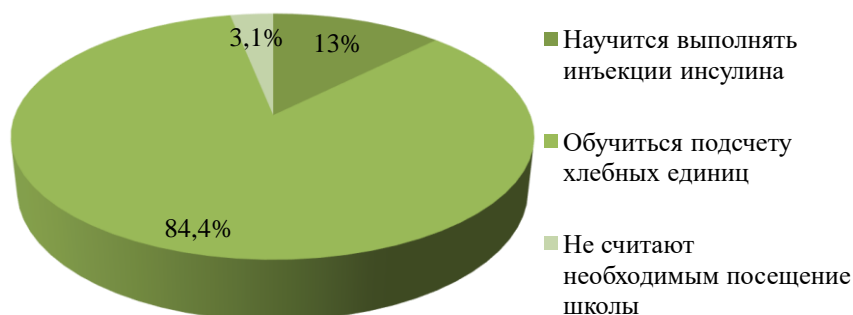


Рис.17. Желаемая тематика изучения в школах сахарного диабета

Информированы медицинской сестрой об обязательности адекватных физических нагрузок все опрашиваемые, но активный образ жизни с адекватными физическими нагрузками ведут только 53,1% (17) респондентов, 41% (12) занимаются лишь на уроках физической культуры в школе, 6,3% (2) - не имеют физических нагрузок вообще (Рис.18).

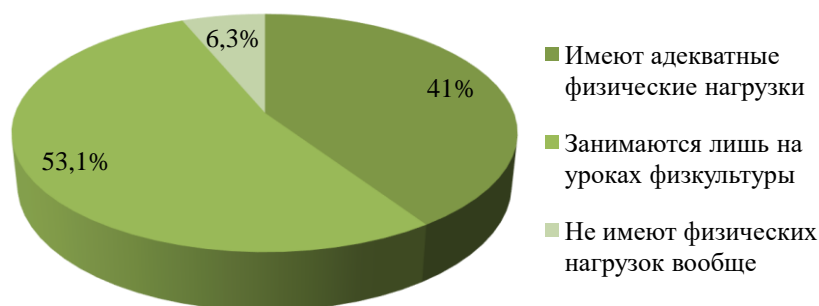


Рис.18. Уровень физических нагрузок респондентов

Информированы медицинской сестрой об обязательных адекватных физических нагрузках все опрашиваемые, но активный образ жизни с адекватными нагрузками ведут только 53,1%.

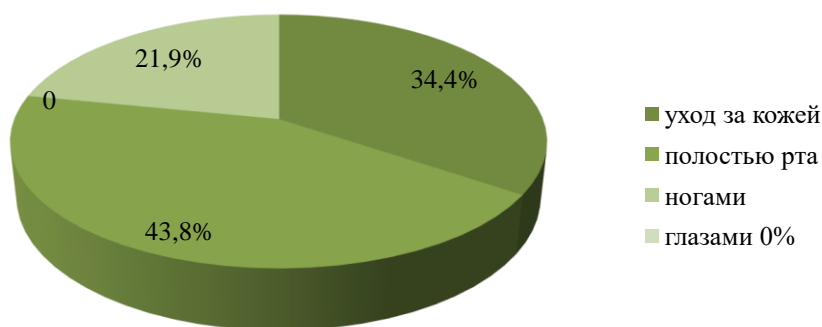


Рис.19. Информированность респондентов о необходимости гигиены

Из данных диаграммы видно, что достаточное количество респондентов осуществляют уход за кожей и полостью рта. Некоторые из них выполняют рекомендации по уходу ногами. Но нет пациентов, которые выполняют рекомендации по уходу за глазами.

Анализ результатов проведенного собственного исследования подтверждает литературные данные и статистические показатели. Так, выяснено, что большая часть респондентов принадлежит к возрастной группе от 10 до 15 лет. Из которых, больше половины – это девочки, являющиеся городскими жителями. Менее половины респондентов имеют средний уровень информированности о проявлениях сахарного диабета у детей. И достаточное их количество не знают о заболевании вообще ничего. Из тех респондентов, которые информированы о заболевании, лишь 31 % имеют представление о факторах риска возникновения сахарного диабета. Так же менее половины родителей обследовали своих детей на уровень сахара в крови до постановки диагноза сахарный диабет. Выясняя предполагаемые причины развития диабета, большая часть респондентов назвала нарушение питания, затем предположили, что причиной является гиподинамией и избыточная масса тела. Единицы назвали причиной стрессовую ситуацию, перенесенные инфекционные заболевания и проблемы с поджелудочной железой. Из всех

респондентов, предполагающих причиной заболевания нарушение режима питания, несмотря на информированность медицинской сестрой по этому вопросу, соблюдают режим питания лишь 35,7%. Несмотря на то, что 76% респондентов знают о важности ограничения углеводов и жиров в рационе от медицинской сестры, лишь 50 % из них придерживаются диеты. Основными проблемами респондентов на момент анкетирования были названы слабость, повышение аппетита и жажда. Из всех опрошенных только 53% регулярно контролируют уровень сахара в крови. Для самоконтроля гликемии 65,6% респондентов обучены медицинской сестрой использованию глюкометра. 75% респондентов обучены ею технике введения инсулина при помощи инсулиновой ручки. Кроме того, 81% опрошенных, информированы медицинской сестрой о возможных осложнениях сахарного диабета. Но предупредить или снизить процент осложнений возможно при посещении школы сахарного диабета. На вопрос о желаемой тематике данной школы 84,4 % хотели бы обучиться подсчету хлебных единиц, 13% -научиться использовать инсулиновую помпу. Информированы медицинской сестрой об обязательных адекватных физических нагрузках все опрашиваемые, но активный образ жизни с адекватными нагрузками ведут только 53,1%. По рекомендации медицинской сестры достаточное количество респондентов правильно ухаживают за кожей и полостью рта. Некоторые из них выполняют рекомендации по уходу за ногами. Но нет пациентов, которые выполняют рекомендации по уходу за глазами.

Таким образом, по проведенному исследованию, можно сделать вывод, что роль медицинской сестры в профилактике сахарного диабета у детей неоспорима, если в её профессиональной деятельности будет большее количество пациентов охвачены пониманием вопросов: о факторах риска заболевания; его проявлениях; важности соблюдения диетического питания; систематических физических нагрузках; регулярного самоконтроля; так же желательно, организовать школу сахарного диабета на базе детской поликлиники № 4.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сахарный диабет – одно из самых распространенных эндокринных заболеваний. Россия входит в пятерку стран-лидеров по заболеваемости сахарным диабетом у детей. Поэтому тема профилактики данного заболевания очень актуальна в наше время. Правильно организованный сестринский уход играет особую роль в профилактике СД у детей.

Для достижения цели и решения поставленных задач были проведены следующие этапы исследования:

1. Анализ литературных источников по вопросам заболевания сахарного диабета у детей, роль медицинской сестры в профилактике сахарного диабета у детей – информационный этап исследования.

2. Экспериментальный этап состоял из нескольких частей:

- поиск и обработка статистических данных распространенности сахарного диабета у детей, состоящих на учете у врача-эндокринолога в «Детской областной клинической больницы» Детской поликлинике №4, а также Белгородской области и Российской Федерации в целом.

- составление вопросов для анкетирования детей и их родителей, состоящих на учете у врача-эндокринолога в «Детской областной клинической больницы» Детской поликлинике №4.

- анкетирование респондентов, с дальнейшим анализом и обработкой статистических данных проведенного социологического исследования.

Для решения поставленных задач была разработана концепция исследования, которая включает теоретический этап, где проведен анализ литературных источников по проблеме сахарного диабета у детей. И практический этап, в котором проведен анализ профессиональной деятельности медсестры детской поликлиники № 4 ОГБУЗ «ОДКБ», для чего составлена анкета и проведено анкетирование с анализом полученных данных.

На основании рассмотренных теоретических материалов было установлено, что под сахарным диабетом понимается эндокринное заболевание, характеризующееся повышенным содержанием глюкозы в крови, приводящее к тяжелому нарушению обмена веществ с поражением сердечно-сосудистой системы, почек, глаз и других органов. Клиническая картина сахарного диабета у детей обычно яркая, с острым началом и появлением классических симптомов, таких как слабость, жажда, полифагия и полиурия. Заболевание на данном этапе считается не излечимым, поэтому основой лечения является коррекция уровня глюкозы в крови. Для чего пациенту пожизненно назначается введение инсулина и диета с ограничением жиров и углеводов. Кроме того, должен быть организован уход с выполнением гигиенических требований к коже, белью, обуви, одежде. Необходимо обучить пациента жить с этим заболеванием, адаптироваться в обществе сверстников. Для чего ребенок и его родители должны получать квалифицированные консультации медицинских сестер и посещать школу сахарного диабета, получать психологическую помощь в сообществе более «опытных» больных.

Определяя роль медицинской сестры в профилактике сахарного диабета, проведено исследование ответов детей, больных сахарным диабетом и их родителей, посещающих детскую поликлинику № 4 ОГБУЗ «ДОКБ». Анализ результатов проведенного нами исследования показал, что большая часть респондентов принадлежит к возрастной группе от 10 до 15 лет. Из которых больше половины – это девочки, являющиеся городскими жителями.

При анализе профессиональной деятельности медицинской сестры в сфере профилактики сахарного диабета у детей было установлено, что значительную часть профилактической деятельности медсестры составляет санитарно-просветительская работа, проводимая в виде бесед с родителями и детьми, а также участие в диспансеризации детей с сахарным диабетом.

Если в профессиональной деятельности медицинской сестры будет большее количество пациентов охвачены пониманием вопросов о факторах риска заболевания, его проявлениями, систематических физических нагрузках и

регулярного самоконтроля станет возможно предупредить или снизить риски заболевания и процент осложнений. Крайне важно усилить информационные буклеты, брошюры и беседы аргументами в пользу профилактики сахарного диабета у детей и уделить наибольшее внимание на вопросах лечебного питания при сахарном диабете у детей. Так же желательно организовать школу сахарного диабета на базе детской поликлиники № 4 ОГБУЗ «ОДКБ».

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баранов А.А., Российский педиатрический журнал № 01.2016 [Электронный ресурс] / гл. ред. А.А. Баранов - М. : Медицина, 2016. - 64 с. - ISBN 1560-9561-2016-1 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/1560-9561-2016-1.html>
2. Вёрткин А.Л. Сахарный диабет. - СПб,: СПбГМА, 2015.
3. Дедов И.И., Суркова Е.В., Майоров А.Ю. Сахарный диабет 2 типа. Книга для пациентов. Москва, 2014 г.
4. Дедов И. И. Сахарный диабет / Дедов И. И., Шестакова М. В. — Москва: Универсум Паблишинг, 2014. — 454 с.
5. Ефимов А.С. Диабетические ангиопатии./ Ефимов А.С. М., 1989.
6. Касаткина Э.П. Сахарный диабет у детей./ Касаткина Э.П. -М.1996
7. Кубашка Я.С., Поляков И.В., Зеленская Т.М. Состояние и перспективы развития сестринского дела в крупной больнице. - СПб,: СПбГМА, 2015.
8. Лучкевич В.С.. Основы социальной медицины и управления здравоохранением, Санкт-Петербург, 2016г.
9. Онищенко Г.Г., Здравоохранение Российской Федерации № 01.2016 [Электронный ресурс] / гл. ред. Г.Г. Онищенко - М. : Медицина, 2016. - 56 с. - ISBN 0044-197X-2016-1 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/0044-197X-2016-1.html>
10. Осипова Н., Тарасова И. Обучение пациента // Сестринское дело, 2018, №3
11. Симоненко В.Б., Клиническая медицина № 01.2016 [Электронный ресурс] / гл. ред. В.Б. Симоненко - М. : Медицина, 2016. - 82 с. - ISBN 0023-2149-2016-1 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN0023214920161.html>
12. Скворцов В.В. Клиническая эндокринология, 2015.
13. «Всемирная организация здравоохранения» [Офиц.сайт] <https://www.who.int/ru>

14. «МЕДФОРУМ» Интернет ресурс: <http://umedp.ru/>
15. «МЕДВЕСТНИК» Интернет ресурс: <https://medvestnik.ru/>
16. «Medico.ru» Интернет ресурс: <http://www.medico.ru/>
17. «МЕДВЕСТНИК» Интернет ресурс: <https://medvestnik.ru/>
18. «MED EDU» Интернет ресурс: <http://www.med-edu.ru/>
19. «МЕДФОРУМ» Интернет ресурс: <http://umedp.ru/>
20. ОГБУЗ «Городская больница№ 2 г. Белгорода» [Офиц.сайт]
<http://gb2bel.belzdrav.ru/>

ПРИЛОЖЕНИЯ

Техника взятия капли крови



1
Вымыть руки теплой водой
(кроме гигиены это обеспечит
приток крови)



Обрабатывать кожу спиртом
или иными растворами
не нужно – это может
искажить результат



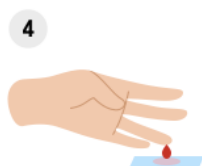
2
Вытереть насухо



3
Прокол делать на боковой
поверхности концевой
фаланги пальца. В боковых
поверхностях проходят
кровеносные сосуды,
а в подушечках – нервные
волокна



Лучше не прокалывать
большие и указательные
пальцы, так как они чаще
используются для
различной деятельности



4
Поднести палец с каплей
крови к тест-полоске,
капнуть на нее или дать
возможность капиллярной
полоске засосать кровь



5
Подождать несколько
секунд – и результат готов



6
Занести результат
в дневник самоконтроля

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Интерпретация показателей индекса массы тела

Индекс массы тела, кг/м ²	Соответствие между массой тела человека и его ростом
16 и менее	Выраженный дефицит массы тела
16-18,5	Недостаточная масса тела
18,5-25	Норма
25-29,9	Избыточная масса тела
30-34,9	Ожирение первой степени
35-39,9	Ожирение второй степени
40 и более	Ожирение третьей степени

АНКЕТА

«Оценка уровня информированности родителей в вопросах профилактики сахарного диабета у детей»

Уважаемые родители!

Заполняя анкету (анонимно), внимательно ознакомьтесь с формулировкой вопросов и обведите или подчеркните вариант ответа, наиболее полно отражающий Вашу точку зрения.

Ваше мнение особенно ценно, так как полученная в ходе исследования информация позволит выявить уровень профессиональной деятельности медсестер и определить мероприятия по повышению профилактики сахарного диабета.

1. Ваш возраст (Вашего ребенка)?

- А) от 0 до 5 лет
- Б) от 6 до 14 лет
- В) от 15 до 18 лет

2. Ваш пол (Вашего ребенка)?

- А) мужской
- Б) женский

3. Какой уровень достатка у вашей семьи?

- А) выше среднего
- Б) средний
- В) ниже среднего

4. Знаете ли Вы признаки, появление которых характерно на фоне течения сахарного диабета?

- А) имею достаточно знаний
- Б) имею недостаточно знаний
- В) не знаю об этом заболевании

5. Выберите факторы, которые, по Вашему мнению, способствуют возникновению сахарного диабета у детей?

- А) низкий уровень физической нагрузки
- Б) переедание
- В) наследственность
- Г) перенесенные инфекционные заболевания
- Д) стресс
- Е) все вышеперечисленные
- Ж) ничего из вышеперечисленного

6. Проводилось ли Вам (Вашему ребенку) измерение уровня сахара в крови за последний год?

- А) да
- Б) нет

7. Как Вы считаете, какие причины, из ниже перечисленных, способствуют возникновению сахарного диабета?

- А) нарушение режима питания
- Б) перенесенные инфекционные заболевания
- В) избыточная масса тела
- Г) длительные стрессовые ситуации
- Д) малоподвижный образ жизни
- Е) проблемы с поджелудочной железой

8. Соблюдаете ли Вы (Ваш ребенок) режим питания?

- А) регулярно соблюдаю
- Б) нарушаю режим питания
- В) не соблюдаю режим питания

9. Соблюдаете ли Вы (Ваш ребенок) ограничения углеводов в пище?

- А) придерживается ограничений
- Б) предпочитает сладкое и жирное
- В) игнорирует ограничения

10. Какие основные проблемы у Вас (Вашего ребенка)?

- А) слабость
- Б) частое мочеиспускание

- В) жажда
- Г) повышение аппетита
- Д) зуд кожных покровов

11. Регулярно ли Вы (Ваш ребенок) контролируете уровень сахара в крови?

- А) регулярно
- Б) не систематически
- В) игнорирую

12. Каким образом Вы (Ваш ребенок) были обучены использованию глюкометра?

- А) медицинской сестрой
- Б) членами семьи
- В) другими больными
- Г) по инструкции к прибору

13. Как Вы (Ваш ребенок) получаете инсулин?

- А) с помощью инсулиновой ручки
- Б) при помощи родителей
- В) с помощью инсулиновой помпы

14. Информировала ли Вас медицинская сестра о возможных осложнениях сахарного диабета?

- А) да
- Б) нет

15. Какую тематику Вы бы хотели изучать в школе сахарного диабета?

- А) научиться выполнять инъекции инсулина самостоятельно
- Б) обучиться подсчету хлебных единиц
- В) не считаю необходимым посещение данной школы

16. Было ли Вам разъяснено медицинской сестрой обязательный объем допустимой физической нагрузки при сахарном диабете?

- А) да
- Б) нет

17. Ведете ли Вы (Ваш ребенок) активный образ жизни с адекватной физической нагрузкой?

- А) имею адекватную физическую нагрузку
- Б) занимаюсь лишь на уроках физической культуры
- В) не имею физическую нагрузку вообще

18. Информировала ли Вас медицинская сестра о правилах личной гигиены при сахарном диабете?

- А) да
- Б) нет

19. Какие правила личной гигиены из необходимых Вы (Ваш ребенок) соблюдаете?

- А) уход за кожей
- Б) уход за полостью рта
- В) уход за ногами
- Г) уход за глазами

Благодарим Вас за сотрудничество!