

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

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Сестринское дело

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ
САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА**
Дипломная работа

студентки
очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051508
Кривощековой Ульяны Валерьевны

Научный руководитель
преподаватель Самсонова А.В.

Рецензент
Пашенко К.А. врач терапевт,
терапевтического отделения ОГБУЗ
«Городская больница №2 г. Белгорода»

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА.....	6
1.1. Этиология, классификация и клинические проявления сахарного диабета.....	6
1.2. Диагностика, осложнения, лечение сахарного диабета 2 типа.....	9
1.3. Особенности сестринского ухода при сахарным диабетом 2 типа	18
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА	21
2.1. Анализ статистический данных больных страдающих сахарным диабетом.....	21
2.2 Социологическое исследование проблем пациентов терапевтического отделения ОГБУЗ « Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа»	22
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	37
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	38

ВВЕДЕНИЕ

Наиболее распространенным и серьезным в отношении прогноза для здоровья и работоспособности населения является сахарный диабет.

Сахарный диабет – занимает третье место среди причин смертности после сердечно – сосудистых заболеваний и рака.

Сахарный диабет является актуальной медико – социальной проблемой современности, которая по распространенности и заболеваемости имеет все черты эпидемии, охватывающей большинство экономически развитых стран мира.

«В настоящее время, по данным Всемирной организации здравоохранения, в мире уже насчитывается более 175 миллионов больных. Их количество из года в год растёт и к 2025 году может увеличиться до 300 миллионов. В России только за последнее 15 лет общее количество больных сахарным диабетом увеличилось в 2 раза. За последнее 30 лет отмечается резкий скачок заболеваемости сахарным диабетом 2 типа, особенно в крупных городах промышленно развитых стран, где его распространённость составляет 5 – 7%, в первую очередь в возрастных группах 45 лет и старше, а также развивающихся стран, где основная возрастная группа подвержена данному заболеванию.

Статистические данные по данным Федерального регистра за 2016 и 2017 годы количество впервые выявленного сахарного диабета увеличилось в среднем на 10%. На 1 января 2017 года в России зарегистрировано больных у взрослого населения с сахарным диабетом 4 миллиона 348 тысяч человек. Только в Белгородской области за 5 лет показатель заболеваемости повысился на 19,5%, и составил 46 820 человек» [4].

Актуальность сахарного диабета определяется быстрым ростом заболеваемости, широкой распространенностью сахарного диабета, высокой смертностью и высокой инвалидизацией больных.

Цель дипломной работы – особенности профессиональной деятельности медицинской сестры и сестринского процесса при сахарном диабете.

Для достижения поставленной цели решались следующие **задачи**:

- провести анализ литературных источников по проблеме сахарного диабета 2 типа;
- подготовить анкеты для исследования;
- изучить статистические данные сахарного диабета 2 типа по Белгородской области;
- определить факторы развития сахарного диабета 2 типа;
- выявить проблемы пациентов с сахарным диабетом 2 типа;
- подготовить рекомендацию пациентам для профилактики и само ухода;
- составить рекомендацию медицинским сестрам для улучшения организации сестринского ухода сахарного диабета 2 типа.

Для решения поставленных задач **объектом исследования** является больные, страдающие сахарным диабетом 2 типа в терапевтического отделения ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа»;

Предмет исследования – профессиональная деятельность медицинской сестры при сахарном диабете 2 типа;

При этом были применены следующие **методы исследования**:

- научно – теоритический анализ литературных источников по теме дипломной работы;
- статистический метод (обработка информации);
- социологический (анкетирование, интервьюирование) метод;
- биографический метод (анамнестические сведения, медицинская документация);
- психо – диагностический метод.

База исследования – исследование проводилось на базе терапевтического отделения ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа»;

Гипотеза исследования состоит в предположении, что снижение заболеваемости населения сахарным диабетом будет обеспечено если:

– работа медицинской сестры на прямую зависит от качеством жизни, профилактической работы, по уходу за больным с сахарным диабетом 2 типа;

Практическая значимость работы состоит в том, что полученные данными могут быть использованы при:

– проведении профилактической работы по снижению заболеваемости взрослого населения сахарным диабетом;

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

«Сахарный диабет – хроническое метаболическое заболевание, характеризующееся нарушением секреции инсулина и развитием гипергликемии. По определению Комитета экспертов Всемирной организации здравоохранения, сахарный диабет – заболевание развивающееся вследствие относительной или абсолютной недостаточности инсулина, которое приводит к нарушению углеводного, жирового и белкового обмена и приводит к хронической гипергликемии» [3].

1.1 Этиология, классификация и клинические проявления сахарного диабета

Этиология. «Сахарный диабет окончательно не выявлен. Считается, что сахарный диабет гетерогенное заболевание. Сахарный диабет 2 типа развивается в следствии нарушения взаимодействия инсулина с клетками тканей.

Вторичные формы сахарного диабета развиваются при токсическом зобе или других заболеваниях поджелудочной железы.

Второй тип сахарного диабета – это общее название ряда заболеваний, развивающихся в результате инсулинорезистентности и относительным недостатком инсулина. «Классический» вариант сахарны второго типа имеет полигенный вариант наследования и обусловлен или большим количеством генетических дефектов, вызывающих сахарным диабетом, или факторами способствующими предрасположенности к нему. Для развития сахарного диабета имеет значение воздействие таких факторов – как большая масса тела, переедание, беременность. В основе развития патогенеза сахарного диабета лежит абсолютная или относительная недостаточность поджелудочной железы, приводящая к нарушению обмена веществ» [3].

«В норме поджелудочная железа производит достаточно инсулина (около 40ед./сут) для того, чтобы стимулировать печень, мышцы и жировые ткани к усвоению глюкозы и жиров из крови. Инсулин обеспечивает транспорт глюкозы, калия, аминокислот через клеточные мембраны, образование глюкозы из белка и жира. При дефиците инсулина происходит резкое нарушение обмена глюкозы, что приводит к накоплению ее в крови (гипергликемии). Гипергликемия приводит к жажде, а затем к поступающей полиурии и глюкозурии. За счет выделения сахара с мочой удельный вес мочи повышается. В результате нарушения превращения углеводов в жиры развивается похудение больного. Дефицит инсулина приводит к увеличению холестерина, гиперкетонемии, ацидурии, к раннему развитию атеросклероза» [3].

По данным Всемирной организации здравоохранения сахарный диабет по современной классификации делят по типам, степени тяжести течения болезни, видам осложнений.

Классификация по этиологии заболевания:

- диабет 1 типа (инсулинзависимый) сахарный диабет;
- диабет 2 типа (инсулиннезависимые) сахарный диабет;
- другие типы сахарного диабета, связанные с наследственными лекарственными, причинами.

По степени тяжести сахарного диабета делят на:

- сахарный диабет 1 степени (легкое течение);
- сахарный диабет 2 степени (средней степени тяжести);
- сахарный диабет 3 степени (тяжелой степени тяжести).

« При первой степени тяжести в крови уровень сахара натощак не более 8 ммоль/л, небольшая суточная глюкозурия, диетотерапевтическая компенсация.

При второй степени тяжести гликемия натощак до 14 ммоль/л, суточная глюкозурия не более 40 г/л, компенсация сахарного диабета достигается сахароснижающими средствами, иногда – введение инсулина.

При третьей степени тяжести уровень гликемии выше 14 ммоль/л, высокая гликозурия. Необходима постоянная инсулинотерапия.

По степени компенсации сахарного диабета делится по следующим фазам:

- фаза компенсации, когда лечение приводит к приведению до нормы показатели сахара в крови;
- фаза субкомпенсации – уровень глюкозы в крови мало отличается от нормальных показателей, суточный вывод сахара с мочой не более 50 г;

фаза декомпенсации – постоянное содержание сахара в крови более 19,9 ммоль потеря сахара с мочой более 50 г, в сутки» [3].

Осложнения при сахарном диабете: макро – и микроангиопатия, нейропатия, нефропатия, ретинопатия, диабетическая стопа.

«Клинические проявления сахарного диабета могут развиваться в любом возрасте. В большинстве случаев развитию инсулинозависимого сахарного диабета предшествует вирусная инфекция: эпидемический паротит, корь, ОРВИ, энтеровирусная инфекция, ротавирусная инфекция, вирусный гепатит и др. От момента первых симптомов до развития коматозного состояния может пройти от 1 до 2 – 3 месяцев.

Сахарный диабет 2 типа выявляют обычно у лиц старше 40 лет. В настоящее время он проявляется и у подростков. Патологический процесс характеризуется медленным развитием, его характерные проявления – жажда, обильное мочеиспускание, повышенный аппетит и похудение – проявляется слабо или же отсутствуют, может быть полифагия, зуд кожных покровов, фурункулез, грибковая инфекция и снижение остроты зрения. У большинства больных отмечаются признаки ожирения. В подростковом возрасте данное заболевание чаще выявляется случайно при проведении обследования по причине ожирения или имеющейся наследственности по сахарному диабету. Так как функция β – клеток полностью или частично

сохранена, у пациентов не обнаруживается склонности к кетоацидозу. Такие больные чаще не нуждаются в введении инсулина» [3].

1.2 Диагностика, осложнения, лечение сахарного диабета 2 типа

Ранняя диагностика сахарного диабета очень важна. Своевременное лечение позволит уменьшить возможность развития осложнений. Данный комплекс включает в себя лабораторные исследования, позволяющие оценить состояния углеводного обмена и секреторную функцию β – клеток поджелудочной железы.

Основным лабораторным признаком при диагностики сахарного диабета является повышение сахара в крови

« Сахарный диабет определяется наличием характерных патологических симптомов и выявлением увеличения сахара в крови свыше величины 11,1 ммоль/л во всех пробах крови вне независимо от срока приема пищи и при повышении содержания сахара в моче более 1%. В случае прогнозирования сахарного диабета и при отсутствии признаков заболевания необходимо определить содержание сахара в плазме крови перед приемом пищи или спустя 2 часа после приема необходимого количества глюкозы в двух пробах крови, взятых в разные дни. В случаи, когда результаты обследования сомнительные (ниже диагностически значимых, но выше нормальных), проводят стандартную пробу на толерантность к глюкозе . В течении 3 – 5 дней по пробы больной получает обычное питание без ограничения углеводов. После 10 – 16 часового ночного голодания в покое определяют уровень глюкозы в капиллярной крови натощак, затем через 30, 90 и 120 мин после приема внутрь глюкозы в дозе 1,75 г/кг массы тела, не более 75 кг» [3].

В отличии от явного сахарного диабета нарушенная толерантность к углеводом чаще носит транзиторный характер и только в единичных случаях является летальной стадией сахарного диабета 2 типа.

Появление сахара в моче и небольшое повышение уровня сахара в крови могут быть при ушибах, патологиях, вызванных микробами, действии токсинов на организм, например, при введении повышенных доз лекарственных препаратов, при наличии хронической патологии почек, при введении внутривенно раствора глюкозы. В вышеуказанных случаях у таких возможно развитие сахарного диабета.

«Осложнениями сахарного диабета может быть в виде гипергликемической комы в 91% случаев (несколько реже гиперосмолярная и лактацидотическая комы) которая является резким нарушением обменных процессов. У одной трети больных сахарным диабетом диагноз ставится а стадии диабетической комы. Любой из вариантов диабетического кетоацидоза может развиваться при нарушении не выполнении режима при приеме лекарственных средств и диетотерапии.

Клинически в I стадии гипергликемической комы (кетоацидоз) появляется признаки токсического глоссита, гастрита, энтерита. Усиливается симптомы эксикоза, полиурии, жажды. Присоединяются боли в животе схваткообразного характера, которые локализуются вокруг пупка, значительно реже боли располагаются в правом подреберье. Появляется тошнота, рвота 1 – 2 раза в день, отмечается снижение аппетита, редко – жидкий стул. Слизистая полости рта при осмотре становится ярко – красного цвета, язык становится сухим, появляется белый налет, в уголках рта заеды. В воздухе, выдыхаемом больным, появляется запах ацетона. На коже щек – ярко выраженный румянец. Пациенты предъявляют жалобы на появление слабости, головокружения, головной боли, нарушение зрения» [3].

При переходе гипергликемической комы во 2 стадию – прекому – которая связана с уменьшением щелочного резерв в крови, декомпенсацией матаболического ацидоза, увеличением обезвоживания. «Характеризуется шумным токсическим дыханием которое является следствием раздражения дыхательного центра и избытком ионов водорода, нарастание абдоминального синдрома с присоединением неукротимой рвоты «кофейной

гущей», постоянным абдоминальным синдромом, пальпаторно определяется напряжение мышц передней стенки живота, положительный синдром Щеткина, отмечается наличие кислого запаха изо рта и примеси крови в рвотных массах. Стул отсутствует. Кожные покровы сухие, дряблые, бледные, с сероватым оттенком, цианоз кончиков пальцев, цианоз во круг рта. Слизистые оболочки полости рта, губ, языка сухие, покрыты коричневым налетом, с трещинами. Отмечается учащение сердцебиения, приглушение тонов сердца, артериальное давление снижено. В межлопаточных областях прослушиваются сухие хрипы. Сознание сопорозное» [3].

Третья стадия диабетической (кетоацидотической) комы – характеризуется утратой сознания с постепенным угнетением рефлексов, снижением выделяемого количества мочи вплоть до анурии, рвота прекращается, появляются симптомы нарастания гемодинамических расстройств.

«Осложнением сахарного диабета может быть диабетическая ретинопатия, которая проявляется специфическим поражением сетчатки глаза и ее сосудов, характеризуется образованием экссудативных очагов, сетчатки, развитием глаукомы. По данным различных исследований распространенность ее колеблется от 10 до 80 %. В начале данное заболевание не влияет на остроту зрения и может находиться в постоянном состоянии в течение многих лет. Кроме ранее перечисленных осложнений могут быть такие как: катаракта, диабетическая нейропатия с наблюдающейся артериальной гипертензией и прогрессирующей почечной недостаточностью, диабетическая нейропатия с вовлечением периферической и автономной нервной системой, ограничение подвижности суставов» [3].

Лечение сахарного диабета 2 типа проводят как в условиях стационара, так и в поликлинике при постоянном диспансерном наблюдении. Главными составляющими лечением сахарного диабета 2 типа является прием

лекарственных средств, рациональное питание, адекватная физическая нагрузка, активность, здоровый образ жизни и самоконтроль. Диета больного сахарным диабетом рекомендует полное исключение из пищи сахара, ограничение углеводов и животных жиров, дробное питание 5 – 6 раз в день, учет индивидуальных энергетических потребностей. При сахарном диабете необходимо уменьшить количество продуктов из пшеничной муки, каши, картофеля. Каши пациенту необходимо давать не более одного раза в день (гречневой, овсяной, кукурузной). Овощные блюда рекомендовать пациенту давать по желанию, кроме картофельных блюд, не ограничивать дачу фруктов, ягод (несладких), необходимо исключить из диеты жирные, острые соусы, сладки подливы.

При проведении диетотерапии медицинская сестра обязана следить за количеством и качеством потребляемой пищи пациента. Белки в сутки необходимо употреблять 2 – 3 грамма на один килограмм массы тела, углеводов – 9г., и жира 2,5г.

«Хлебная единица (ХЕ) – неотъемлемое понятие в жизни людей с сахарным диабетом. ХЕ это мера, используемая для оценивания количества углеводов в продуктах.»[5].

При рекомендации питания пациента, его необходимо научить подсчитывать хлебные единицы (ХЕ). Принято считать, что на одну ХЕ приходится 10 – 12г. усваиваемой углеводов.

Правила расчета хлебных единиц позволяет заменить продукты содержащие углеводы один на другой, не увеличивая общее количество углеводов.

Необходимо обратить внимание на то, что:

- 1 ХЕ увеличивает соотношение сахара от 1.5 ммоль/л до 1.9 ммоль/л;
- данная формула позволяет установить то, как именно повлияет соотношение углеводов на показатели сахара. Именно это, в свою очередь, дает возможность подобрать корректное количество инсулина [6].

Основными целями медикаментозного лечения при сахарном диабете 2 типа является:

- достижение продолжительного адекватного метаболического контроля;
- предупреждение развития осложнений;
- улучшить качества жизни.

Главная группа лекарственных препаратов при сахарном диабете 2 типа – сахароснижающие средства в таблетированной форме. Существует 4 типа лекарственных средств:

1. Лекарства, стимулирующие выработку инсулина клетками поджелудочной железы. К этому типу относятся препараты сульфонилмочевины, сходные по химической структуре и классифицируемые по поколениям:

- препараты 1 поколения (Толбутамид, гликвидон, хлорпропамид) – ввиду множества побочных эффектов сейчас практически не применяются;
- препараты 2 поколения (Глипизид, гликлазид, гликвидон);
- препараты 3 поколения (Глимепирид) – новое лекарство от диабета 2 типа, имеющее ряд преимуществ по сравнению с предыдущими.

Так же для симулирования синтеза инсулина применяют появившееся недавно препараты Новонорм (репаглинид) и Старликс (натеглинид).

2. Ингибиторы альфа – глюкозидазы – средства, способствующие замедлению всасывания глюкозы из кишечника в кровь. Это достигается за счет торможения действия ферментов, расщепляющего сложные сахара, благодаря чему они не поступают в кровь. Сейчас активно применяются препараты Глюкобай (акарбоза).

3. Сенситайзеры (потенциаторы) – препараты, которые так же повышают отзывчивость тканей к инсулину. Эффект достигается за счет воздействия на клеточные рецепторы. Достаточно часто назначается лекарственное средство Актос (глитазон).

4. Бигуаниды – препараты, увеличивающие чувствительность клеток к инсулину. Сегодня из медикаментов данного типа используется

только один – метформин (Сиофор, Глюкофаг и пр.). Механизм действия бигуанидов до сих пор не ясен, однако известно, что препараты метформина способствуют снижению веса, поэтому показаны тучности[2].

Фармацевтические препараты применяемые при лечении сахарного диабета 2 типа, оказывают:

- стимулируют выработку инсулина. В обычных количествах инсулина уже не справляется с распределением глюкозы крови по основным ее потребителям печени, мышцам, жировой ткани. Поэтому поджелудочной железе приходится увеличивать производство инсулина;
- корректируют соотношение в крови различных липидов;
- тормозят производство глюкозы или ее всасывание из ЖКТ;
- снижают резистентность (устойчивость) тканей организма к инсулину.

Лекарственная терапия сахарного диабета 2 типа базируется не на дополнительном введении инсулина, а на приеме препаратов, увеличивающих чувствительность периферических тканей к инсулину, и лекарств, снижающих уровень сахара в крови путем оптимизации ее липидного профиля или блокировки усвоения углеводов из пищи.

В современной стандартной схеме лечения сахарного диабета 2 типа применяют следующие группы препаратов:

Производные сульфонилмочевины. С одной стороны, лекарства этой группы активизируют выработку инсулина, а с другой – понижают инсулинорезистентность тканей .

Метформин – повышает чувствительность тканей организма к инсулину, на фоне чего снижается вес больного, улучшается липидный состав крови.

Производные тиазолидинона – снижают уровень сахара и нормализуют соотношение липидов в крови.

Ингибиторы альфа-глюкозидазы – блокируют усвоение углеводов в ЖКТ.

Ингибиторы дипептидилпептидазы – 4 – увеличивают чувствительность бета – клеток поджелудочной железы к сахару.

Инкретины – увеличивают сахарозависимую выработку инсулина и уменьшают чрезмерную секрецию глюкагона.

Существуют препараты с определенной длительностью действия. Препараты с длительным действиям 24 часа к таким относят:

- Глимепирид, амарил, глианов.

Начинают действовать через 30 минут после приема и достигают пика эффективности чрез 2,5 часа. Этот уровень эффективности поддерживается в течение 20 часов, а затем количество действующего вещества начинает уменьшатся. Через сутки концентрация его в крови настолько мало, что уже не может снижать сахар.

- Акарбоза, глюкобай.

Начинают действовать через 30 минут после приема и достигают пика эффективности через 1 – 2 часа. Концентрация действующего вещества постепенно начинает снижаться через 14 часов.

- Глютазон, актос.

Начинают действовать через 30 минут после приема, достигают пика эффективности через 2 – 4 часа. Концентрация действующего вещества постепенно начинает снижаться 12–16 часов.

Препараты с длительным действием 12 часов к ним относятся:

- Глибенкламид, манинил, даонил, эуглюкон, глинил, бетаназ, глюкоред, антибет, глюкобене, гилемал, апо – глибурин, глиформин.

Начинают действовать через 40 минут после приема и достигают пика эффективности через 2 часа. Этот уровень эффективности поддерживается в течение 4 часов, а затем количество действующего вещества начинает снижаться.

- Гликлазид, диабетон, диамикрон, преддиан, медоклацид, глизид.

начинают действовать через 40 минут после приема и достигают пика эффективности через 2 часа. Этот уровень эффективности поддерживается в течении 8 часов.

Препараты с длительным действиям 9 часов к таким относят:

– Метформин, сиофор, глиформин, глюкофаж.

Начинают действовать через 30 минут после приема и достигают пика эффективности через 2 часа. Этот уровень эффективности поддерживается в течении 5 – 6 часов, затем снижается.

Препараты с длительным действиям 8 часов к таким относят:

– «Гликвидон, глиуренорм, глипизид, минидиаб, антидиаб, глибенез.

Начинают действовать чрез 40 минут после приема и достигает пик эффективности через 2 часа. Этот уровень эффективности поддерживается в течение 6 часов, затем начинает снижаться.

Препараты с длительным действиям 6 – 8 часов к таким относят:

– Натеглинид, старликс.

Начинают действовать через 30 минут после пима и достигают пика эффективности через 1 час. Этот уровень эффективности поддерживается в течение 2 – 4 часов, затем снижается.

Препараты с длительным действиям 6 часов к таким относят:

– Репаглинид, новонорм.

Начинают действовать через 30 минут после приема и достигают эффективности через 1 час. Этот уровень эффективности поддерживается в течение 2 – 4 часов, затем снижается» [1].

Так же существует противопоказания к приему лекарственных средств. Главное противопоказание: сахароснижающие препараты не следует принимать людям с диабетом 1 типа. Не применяют эти препараты в случае декомпенсации (при обострении, нарушении нормального течения) сахарного диабета 2 типа, которое часто происходит по причине инфекционных заболеваний и хирургических вмешательств.

«Если у человека имеются тяжелые заболевания почек или печени или если повышена чувствительность к данным препаратам, такие лекарства не назначаются. При наличии противопоказаний к сахаропонижающим препаратам используется инсулин.

Сахаропонижающие препараты на основе сульфонил – мочевины (это бывает указано в аннотации, которую всем диабетикам надо внимательно читать) не могут использоваться в качестве самостоятельного средства лечения. Данные медикаменты лишь дополняют назначенную врачом терапию.

Лечение при втором типе постоянно должно меняться – сначала диета, затем таблетки, потом инсулин. У пациента складывается правильное отношение и понимание видение диабета и в случае необходимости ему психологически легче принять лечение инсулином. Пациенту так же необходима поддержка семьи и близких, поскольку до сих пор в народе много предупреждений по поводу лечения диабета» [3].

«При сахарном диабете 2 типа может так же применяться инсулинотерапия. Существует несколько типов инсулинотерапии:

По продолжительности:

- временная;
- постоянная.

По началу терапии:

- с момента постановки диагноза;
- по мере прогрессирования болезни, через 5–10 лет от начала заболевания.

По типу терапии:

- комбинированная (таблетки + инсулин) – может включать от одного до нескольких уколов инсулина в день;
- полный перевод только на инсулин.

Инсулинотерапия при сахарном диабете 2 типа назначается обычно через 5 – 10 лет от момента установленного диагноза» [3].

Важный аспект лечения сахарного диабета 2 типа служит грамотный самоконтроль: осознание серьезности своего заболевания, умение определить уровень глюкозы в крови, физических нагрузок, погрешностей в питании.

«Немаловажное значение в лечении страдающих сахарным диабетом 2 типа является физические упражнения, которые повышают чувствительность тканей организма к лекарственным средствам и снижают уровень сахара в крови. В связи с этим дозированные физические нагрузки являются составной частью лечения при сахарном диабете 2 типа» [1].

1.3. Особенности сестринского ухода при сахарном диабете 2 типа

Качественность и продолжительность жизни пациентов с сахарным диабетом очень часто зависит от правильно проводимого лечения данного заболевания. Если больной соблюдает назначенный врачом режим питания и жизни, выполняет назначения врача, продолжительность его жизни повысится до средних показателей по стране. Если больной не выполняет назначений врача, у пациентов с сахарным диабетом преимущественно раньше разовьются специфические диабетические осложнения. Больной сахарным диабетом на протяжении всей жизни должны наблюдаться у врача – эндокринолога – диабетолога.

Сестринский процесс при сахарном диабете состоит из нескольких этапов.

Сбор информации о пациенте, медицинская сестра выявляет:

- факторы риска;
- жалобы пациента.

Основные проблемы пациента при сахарном диабете могут быть

- жажда;

- полиурия;
- кожный зуд, сухость кожи;
- потеря веса;
- слабость, утомляемость;
- снижения остроты зрения;
- боли в области сердца;
- боли в нижних конечностях.

При тяжелом течении могут быть осложнения:

- диабетическая стопа;
- диабетическая ангиопатия;
- внезапная диабетическая кома;
- диабетическая нефропатия;
- диабетическая ретинопатия;
- гипогликемия;
- гиперосмолярная кома;
- диабетическая нейропатия;
- диабетическая амиотрофия;
- острота почечной недостаточности;
- лактоцидотическая кома.

При тяжелых комах медицинский персонал должен:

- своевременно оказать помощь пациентам;
- обучить пациента и семью неотложных состояниях и приемах само ухода;
- контроль за передачей продуктов;
- следить за своевременным выполнением врачебных назначений;
- провести подготовку к дополнительным исследованиям;
- обеспечить соблюдения режима назначенного врачом;

- контролировать внешний вид пациента;
- следить за пульсом пациента, артериальным давлением, температурой тела, частотой дыхательных сокращений;
- следить за состоянием кожных покровов слизистых оболочек;
- контролировать гигиеническое состояние в палате;
- обучить пациентов и их родственников правильному и своевременному приему лекарственных препаратов, подсчету хлебных единиц (ХЕ), особенностям диеты при сахарном диабете, введению «Дневника самоконтроля», пользования глюкометром;
- при необходимости обучить введению инсулина;
- уход за стопами;
- контролировать физическую нагрузку.

Все это говорит о том, что роль среднего медицинского персонала в лечебном процессе больных сахарным диабетом значительна и актуальна.

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

2.1. Анализ статистических данных больных страдающих сахарным диабетом

Нами был проведен анализ статистических данных заболеваний взрослого населения сахарным диабетом Белгородской области за период 2014 – 2018гг, данные которого приведены в таблице №1.

Таблица №1

Заболеваемость людей сахарным диабетом 2 типа в общей структуре
болезней за период 2014 – 2018 гг.

Года	Всего больных	С эндокринной патологией	С сахарным диабетом
2014	1182	292	250
2015	1093	292	213
2016	1136	279	274
2017	1136	361	325
2018	117	378	350

Из таблицы мы видим тенденцию к росту заболеваемости взрослого населения сахарным диабетом по Белгородской области среди эндокринных заболеваний с 292 в 2014 и до 378 в 2018 году.

Таблица №2

Года	С эндокринной патологией	С сахарным диабетом	% пациентов с сахарным диабетом	Впервые выявленные	% впервые выявленных
2014	292	250	86%	44	18%
2015	292	213	93%	53	24%
2016	279	274	92%	45	16%
2017	361	325	90%	65	20%
2018	378	350	94%	70	21%

Из таблицы мы видим большинство эндокринных больных, сахарным диабетом и относительный рост с 86% в 2014 до 94% в 2018гг., в первые выявленных 18% в 2014 стало 21% в 2018гг.

Для изучения проблем пациентов, страдающих данной патологией, нами было произведено анкетирование пациентов терапевтического отделения ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа»

Из полученных данных можно сделать вывод, что чаще болеют возрасте от 35 до 45 лет и старше 50 лет, причем женщины страдают чаще (60%) чем мужчины (рис.1).

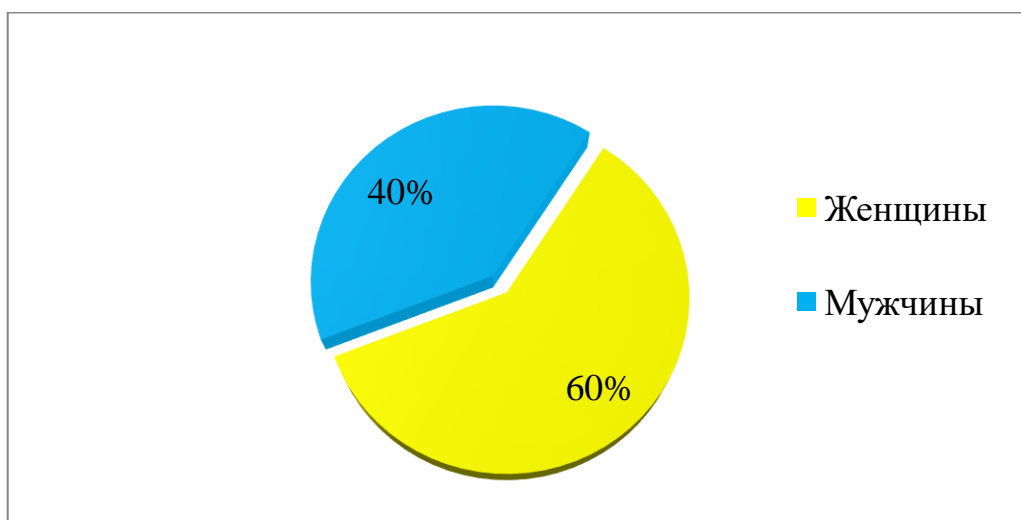


Рис.1. Пол.

2.2 Социологическое исследование проблем пациентов терапевтического отделения ОГБУЗ « Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа»

В анкетировании приняли участия 30 больных сахарным диабетом. Среди опрошенных по возрасту распределились следующим образом (таблица №3).

Таблица №3

Распределение пациентов с сахарным диабетом по возрасту

Пациенты	18 – 25 лет	25 – 35 лет	35 – 45 лет	Старше 50 лет
Всего	0	0	12	18
%	0	0	40%	60%

При опросе больные сахарным диабетом, назвали где они живут из них 26% в посёлке городского типа, 45% в селе 15% в городе (рис.3).

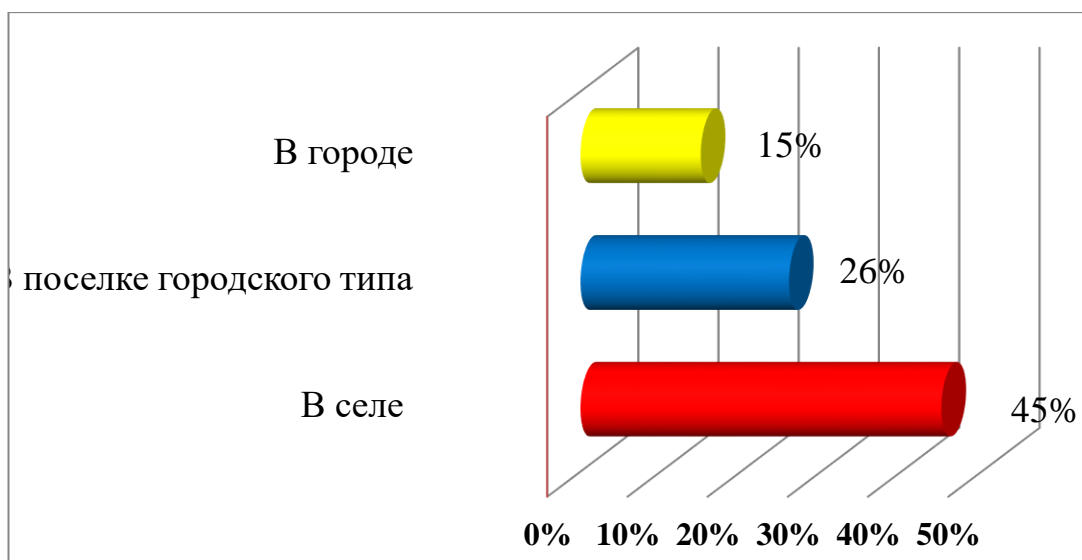


Рис.3 Место жительства.

На вопрос «сколько лет Вы болеете сахарным диабетом» 15% пациентов ответили, что болеют менее года, 30% болеют 1 год – 5 лет, 45% ответили, что болеют 5 лет – 10 лет, 60% пациентов болеют более 10 лет.(рис.4).

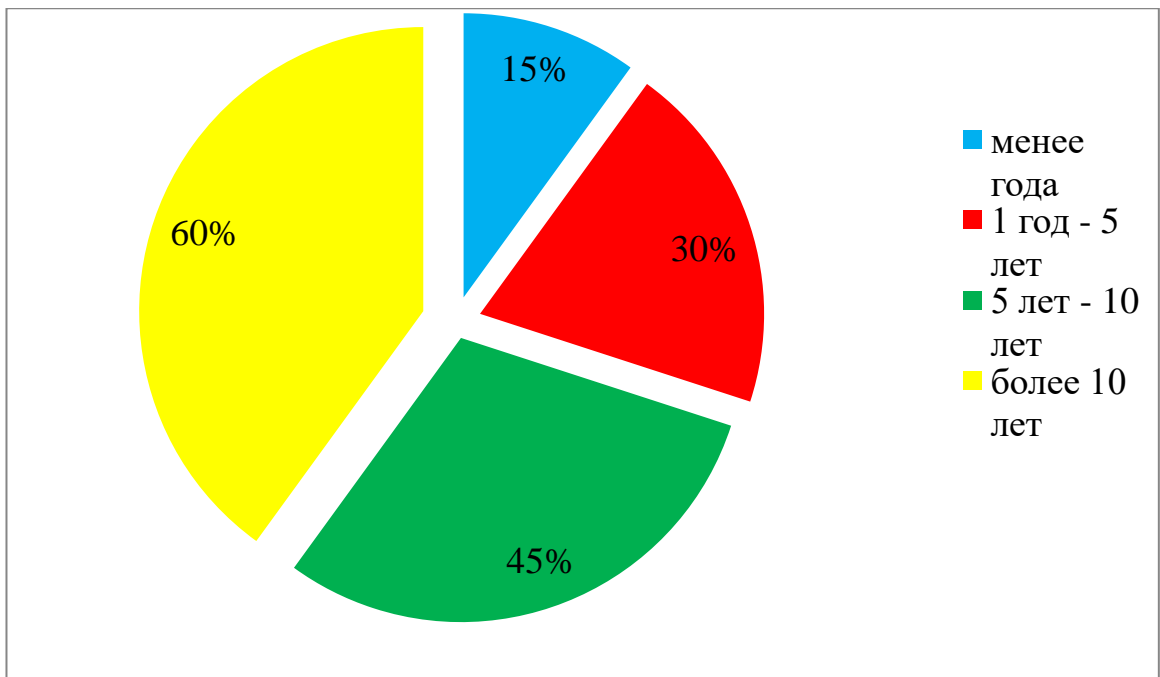


Рис.4 Возрастная болезнь сахарным диабетом.

При опросе больных «знают ли они осложнения при сахарном диабете» 50% указали да, 10% затрудняются с ответом, 30% указали нет (рис.5).

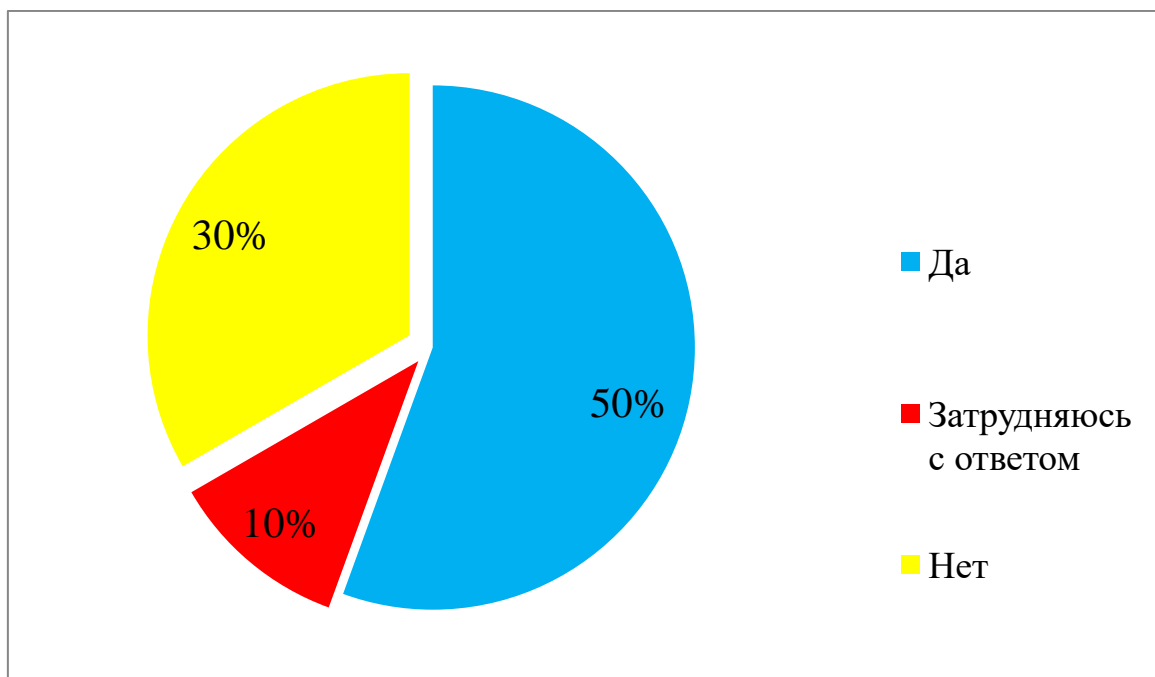


Рис.5. Знания осложнений при сахарном диабете.

При опросе больных «что Вас беспокоит» 34% указали на наследственность, 63% на переедание, 27% на влияние стресса, 21% назвали

ожирение, 18% малоподвижный образ жизни и только 7% неполноценность поджелудочной железы (рис.6).

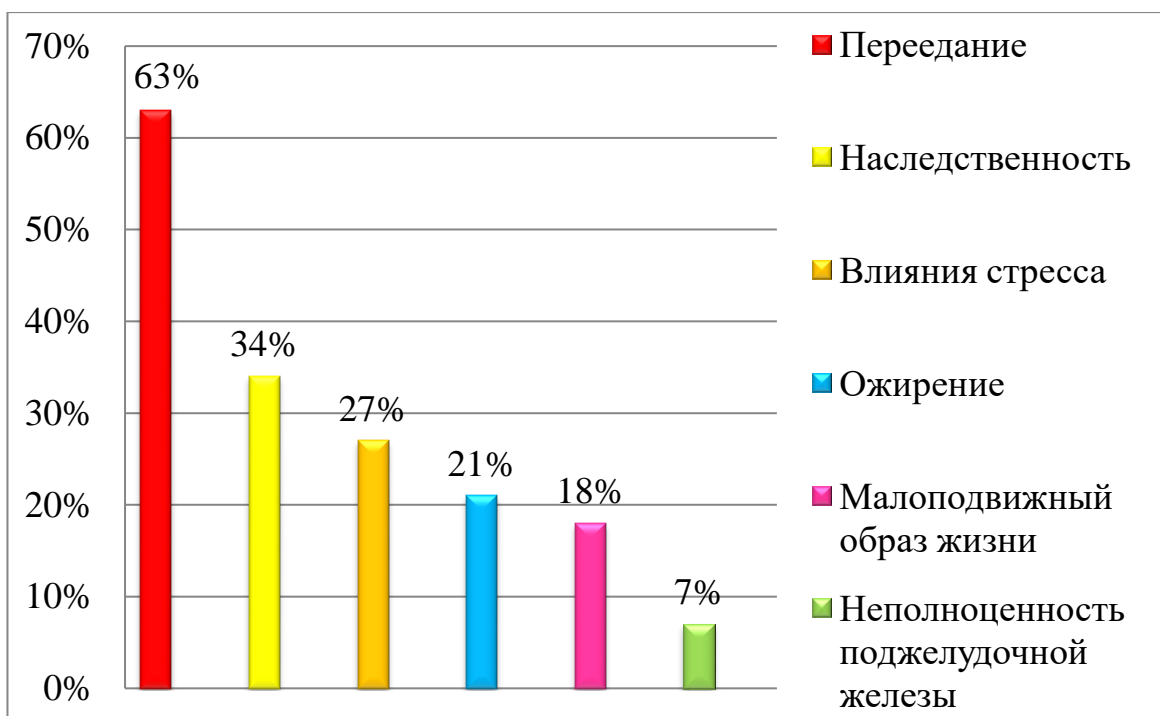


Рис.6. Предполагаемые причины возникновения сахарного диабета.

Отвечая на вопросы, какие проблемы со стороны здоровья отмечались у пациентов на момент поступления в стационар, 82% пациентов назвали слабость, вялость и недомогание, 57% отметили обильное мочеиспускание, на жажду пожаловались 69%, у 43% усилилось желание съесть сладкое, зуд кожных покровов назвали 32% анкетированных (рис.7).

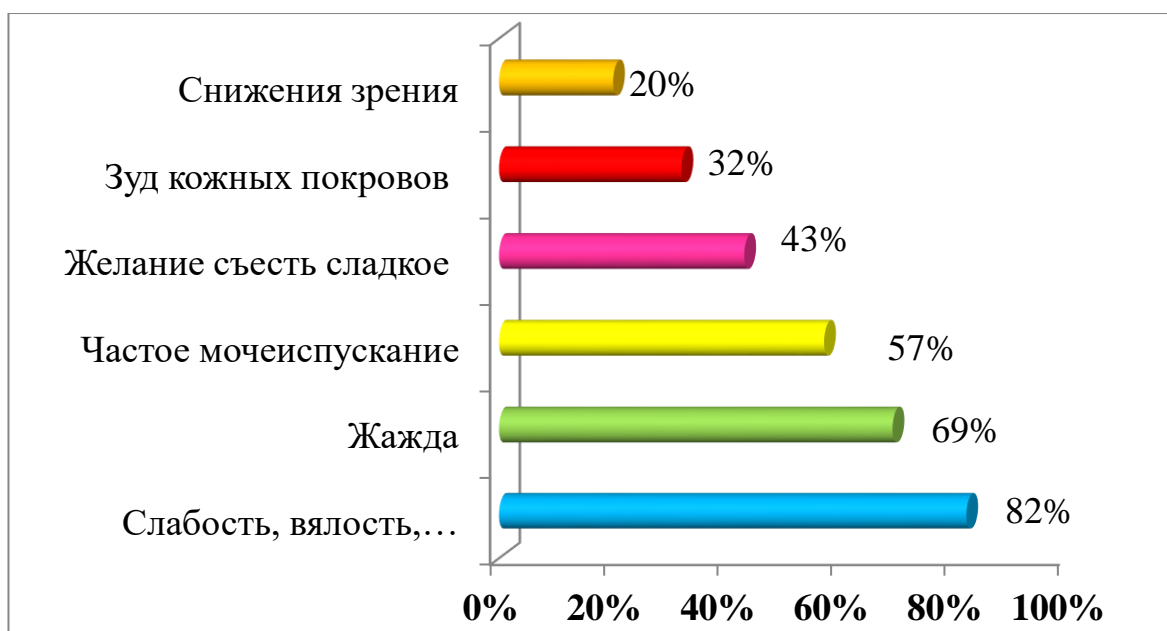


Рис.7. Распределение проблем с сахарным диабетом.

Из всех опрошенных только 53% знают уровень сахара в крови натощак. Не знают уровень сахара 28% опрошенных, 19% затруднились с ответом (рис.8).

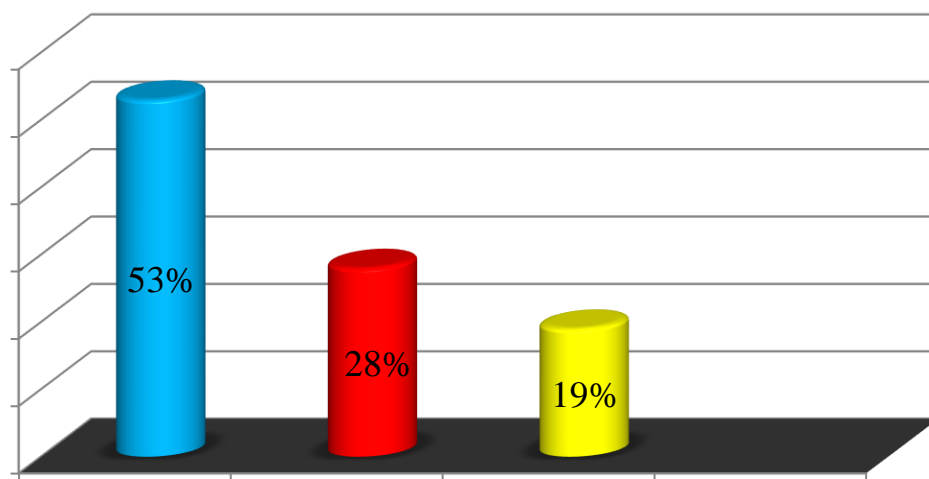


Рис.8. Значение уровня сахара в крови.

Почти все опрошенные (60%) умеют пользоваться глюкометром. Из них 32% – не умеют, 8% – затрудняюсь с ответом (рис.9).

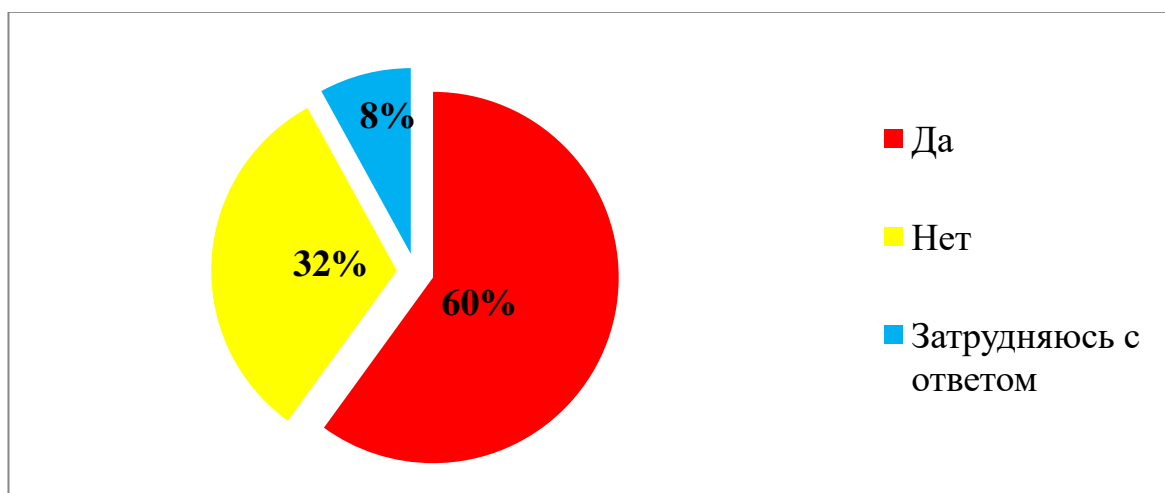


Рис.9. Умение пользоваться глюкометром.

При опросе респондентов как часто Вы пользуетесь глюкометром 55% ответили что пользуются глюкометром каждый день, 15% пользуются 1 раз в

неделю, 25% пользуются 1 – 2 раза в месяц и 30% пользуются при посещении врача (рис 10)

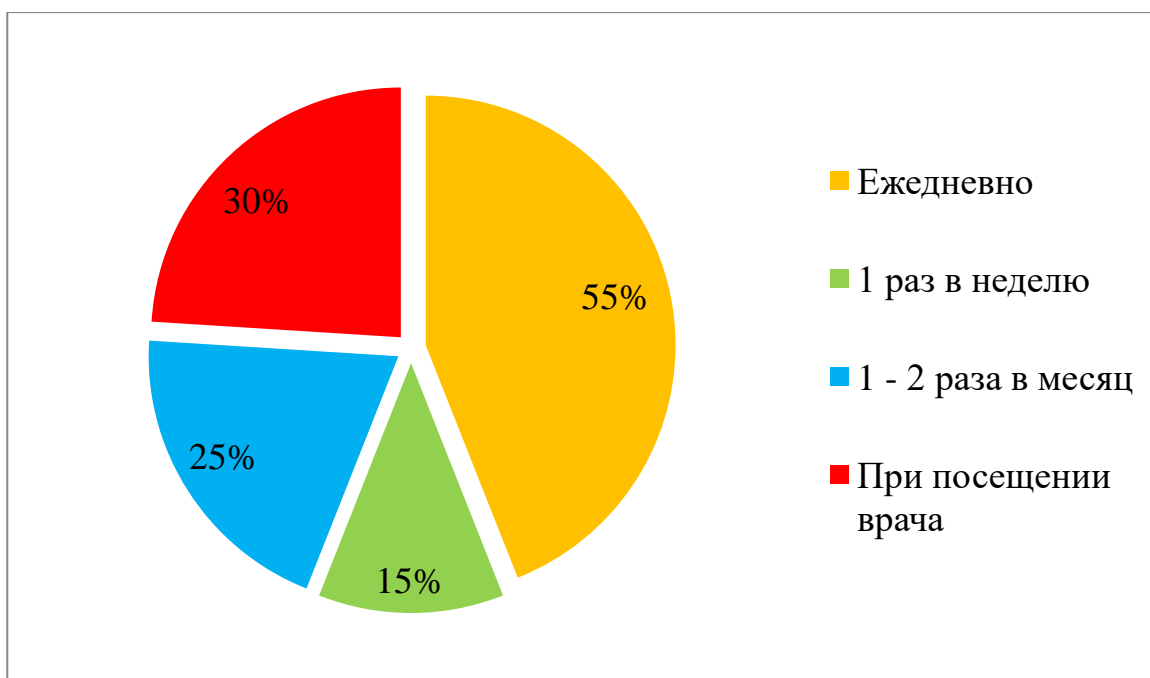


Рис.10. Пользование глюкометром.

Из всех опрошенных 70% каждый день едят фрукты, овощи и ягоды и только 20% едят их не каждый день (рис 11).

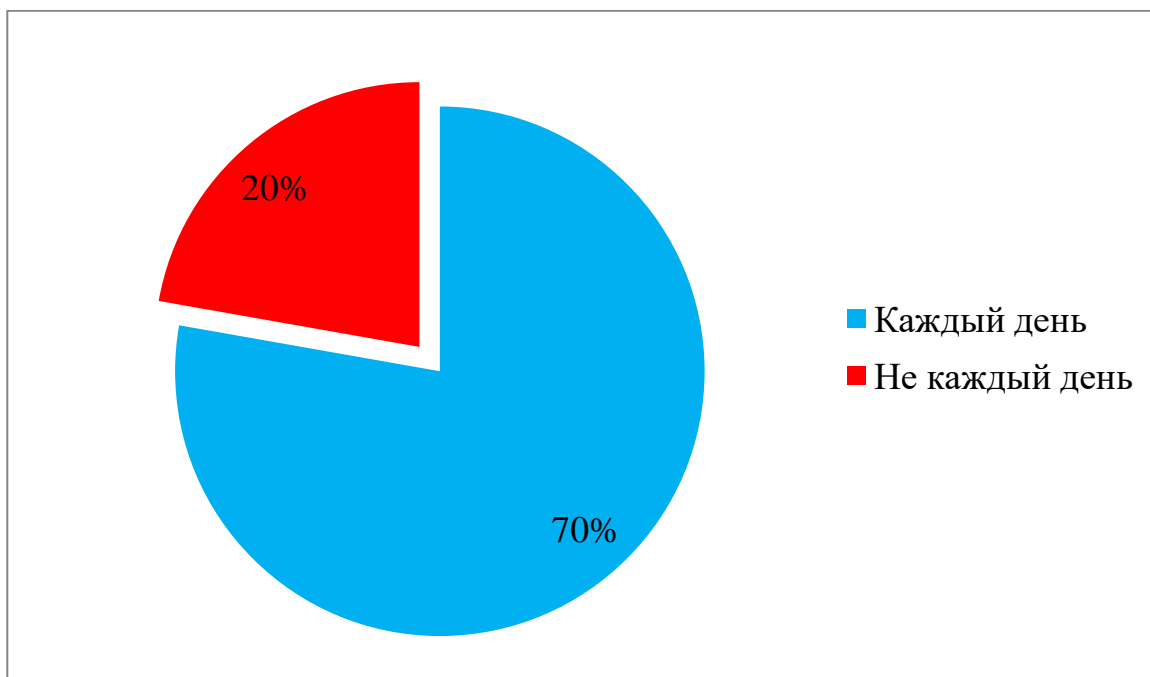


Рис.11. Потребления ягод, фруктов и овощей.

На вопрос « Ведете ли Вы дневник самоконтроля» 63% ответили да и 29% ответили что не ведут дневник (рис 12).

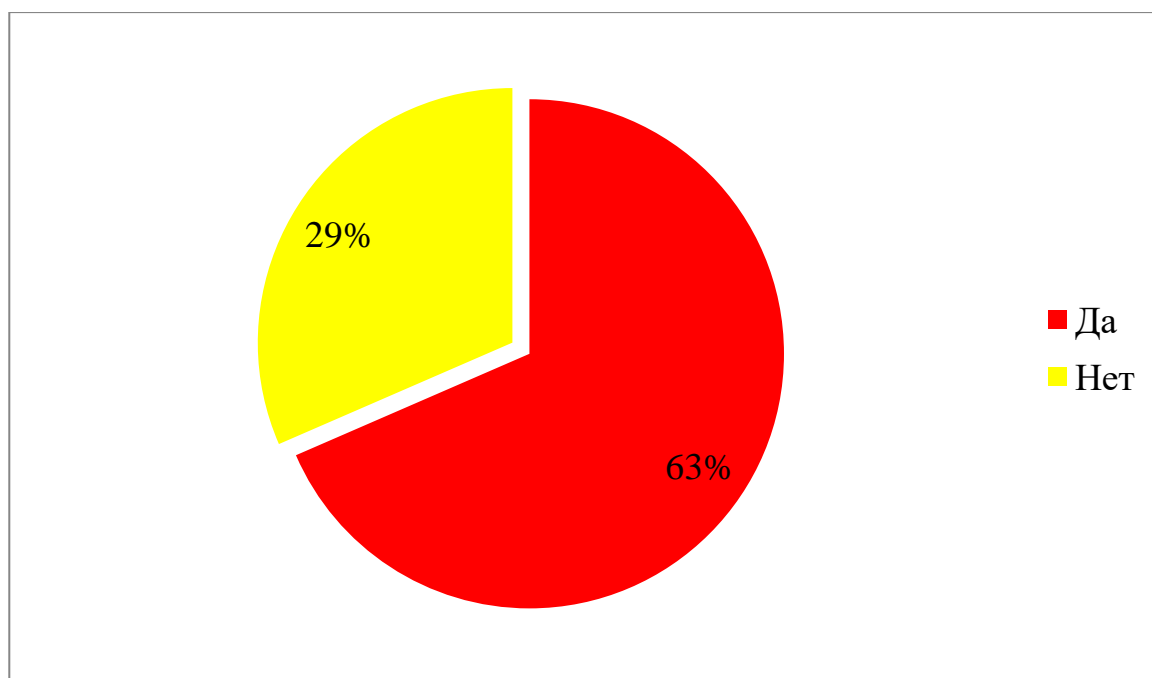


Рис.12. Дневник самоконтроля.

При опросе больных « посещают ли они врача эндокринолога» 82% ответили да, 8% ответили что не посещают врача (рис 13).

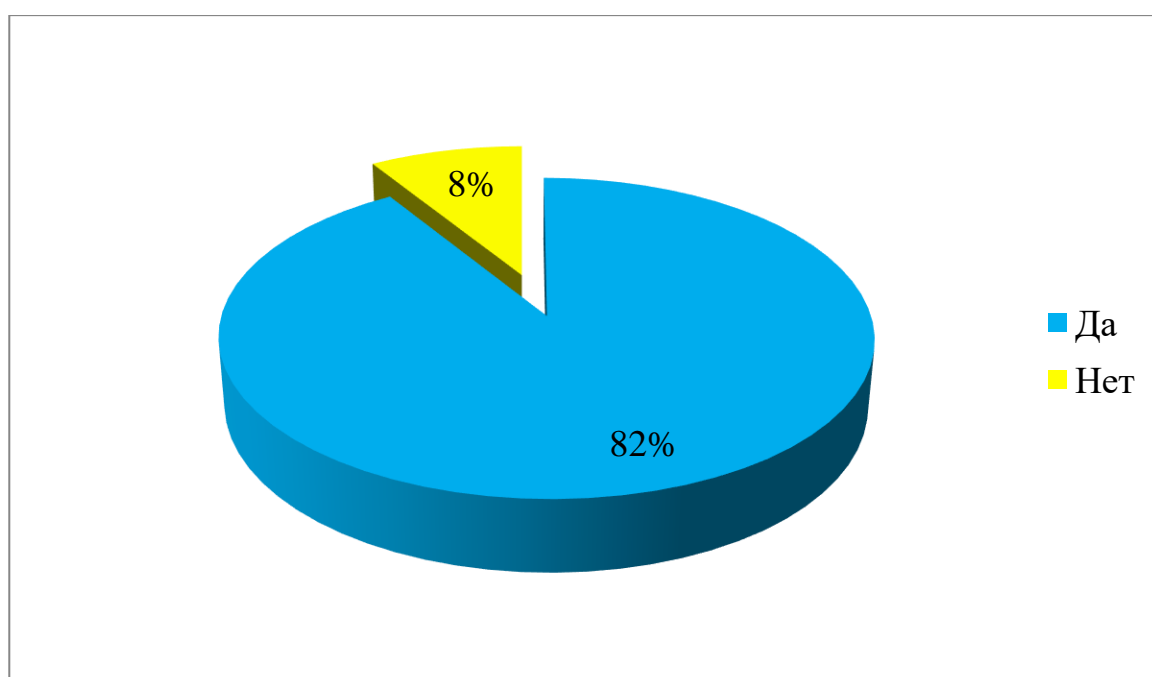


Рис.13. Посещение эндокринолога.

На вопрос « как часто посещаете эндокринолога» 70% ответили, что посещают эндокринолога регулярно, 30% при ухудшении самочувствия, 20% при крайней необходимости (рис14).

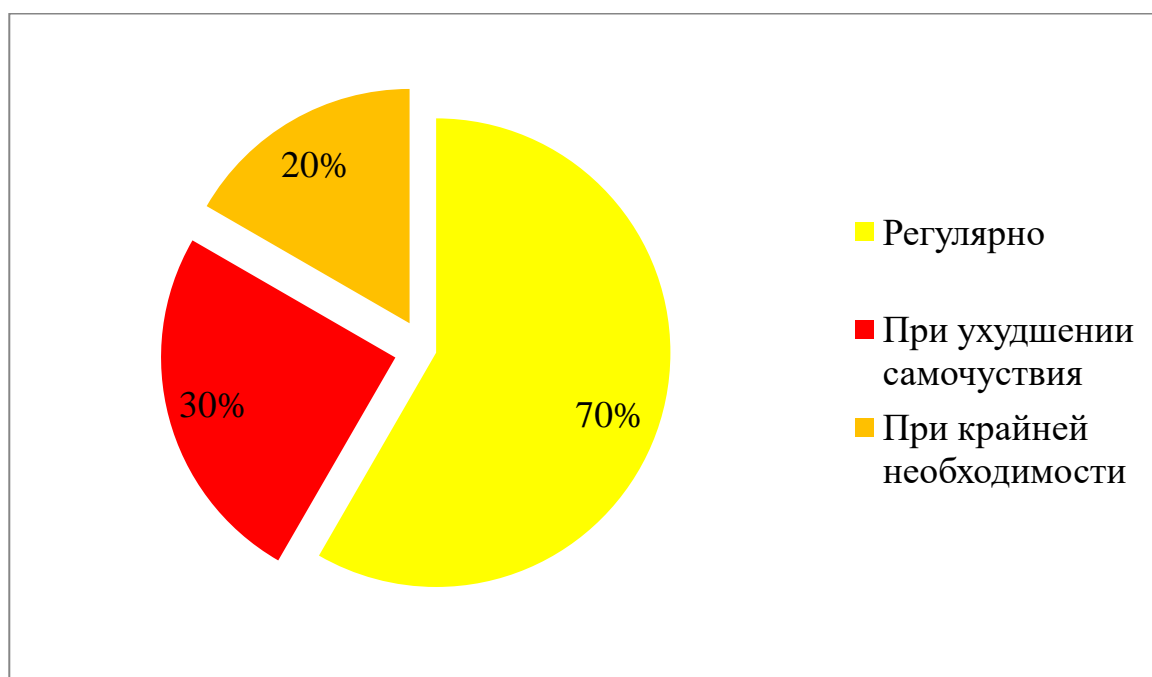


Рис.14. Как часто посещаете эндокринолога.

Отвечаю на вопрос « занимаетесь ли Вы физическими упражнениями» 60% ответили что занимаются, 27% сказали что не занимаются физическими упражнениями, 15% занимаются изредка (рис.15).

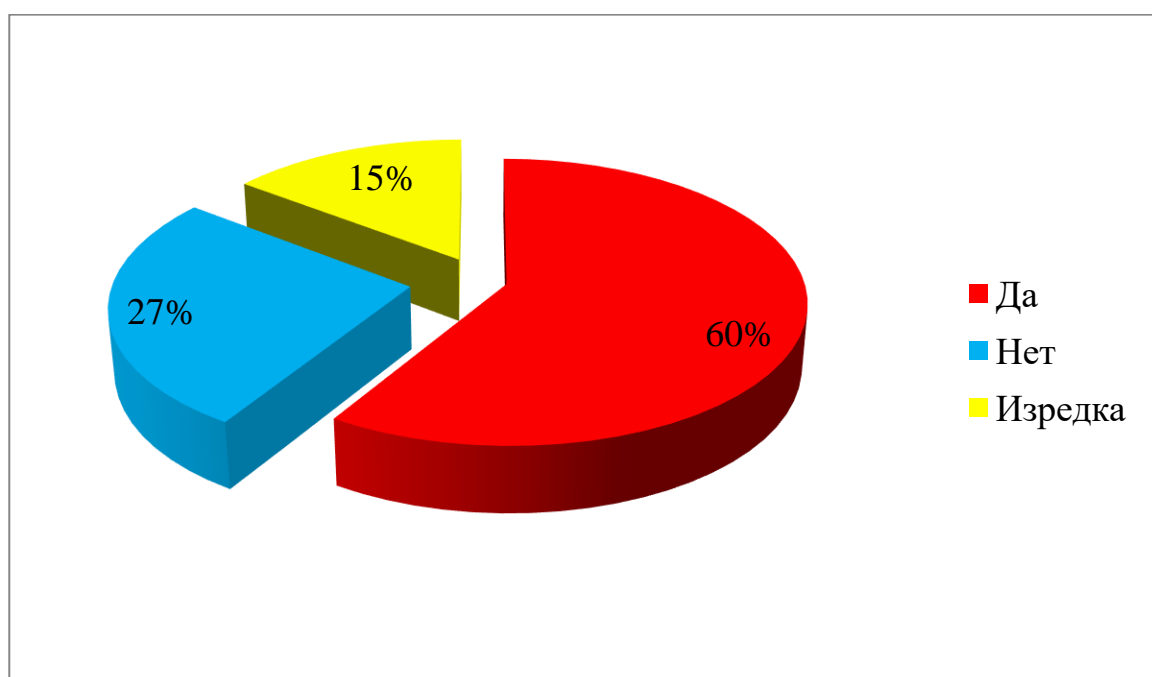


Рис.15. Физические упражнения.

На вопрос «знаете ли Вы, что такое гипогликемия и гипергликемия» 30% опрошенных ответили, что знают и 50% ответили, что не знают (рис.16).

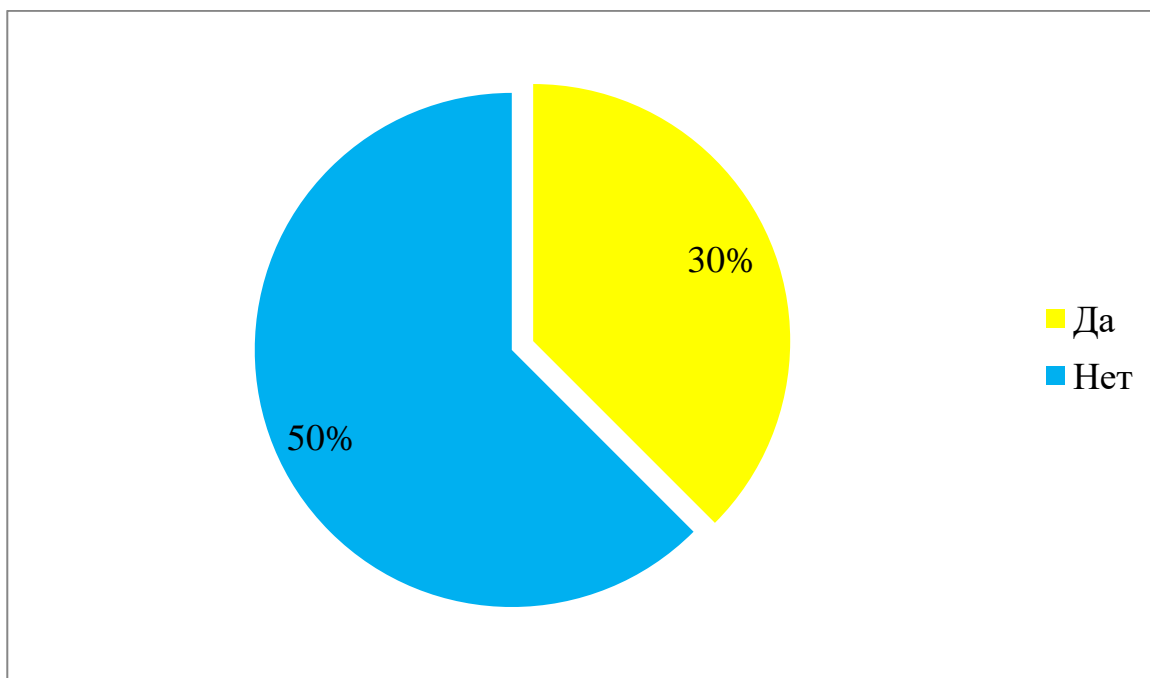


Рис.16. Гипергликемия и гипогликемия.

При опросе больных «бывают ли у их гипергликемические состояния» 72% ответили да, 15% ответили нет, 8% ответили что затрудняются с ответом и только 3% не что это такое (рис.17).

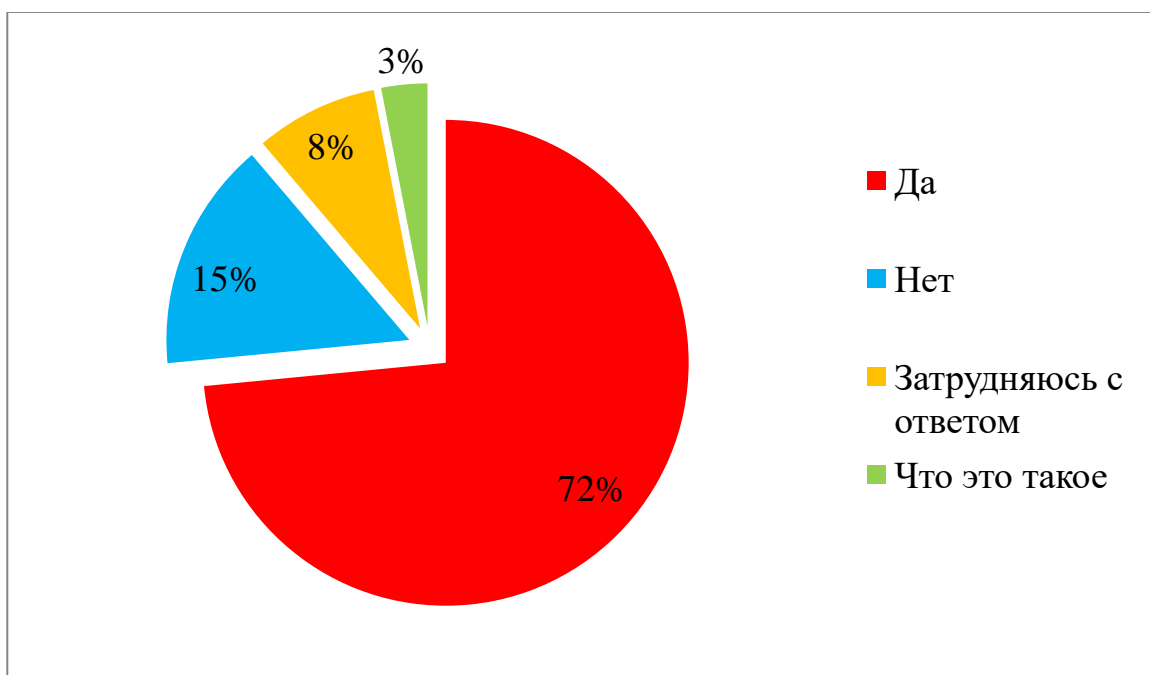


Рис17. Бывают ли гипергликемические состояния.

На вопрос «умеете ли Вы помочь себе в случаи появления у Вас симптомов гипогликемии и гипергликемии» 80% ответили да, 12% ответили нет, 6% затрудняются с ответом (Рис.18).

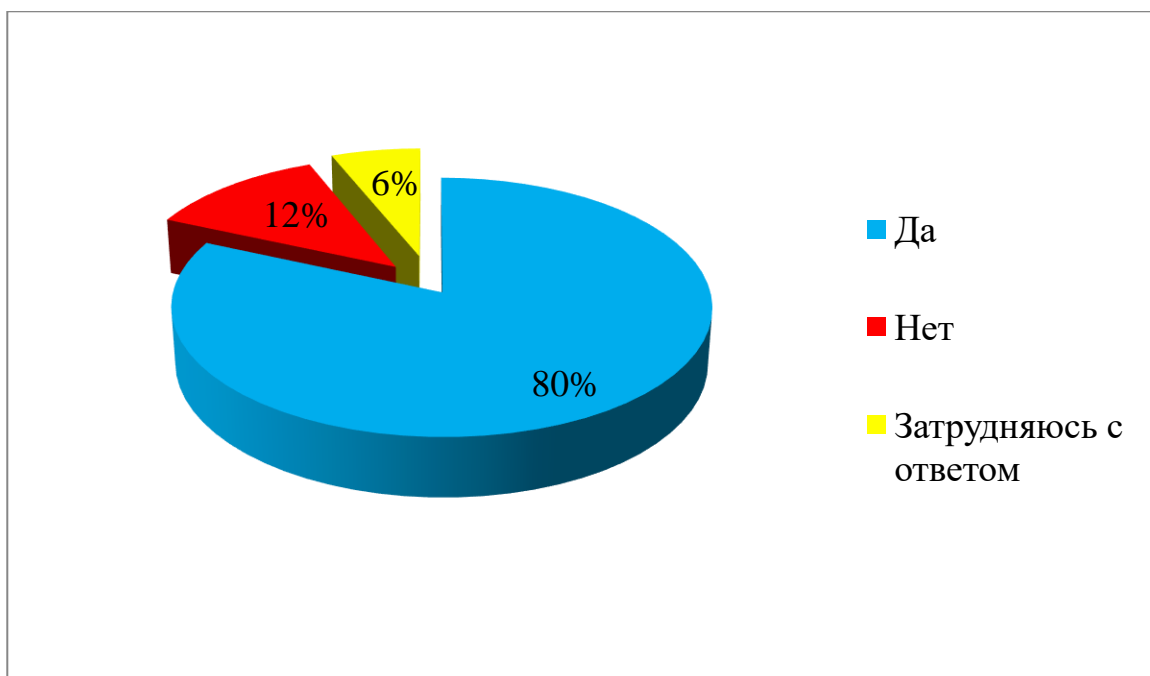


Рис.18. Помощь при гипогликемии и гипергликемии.

Отвечая на вопрос «влияет ли Сахарный диабет на образ жизни» затрудняются с ответом – 10%, ответили нет – 37%, ответили да – 45% (рис19).

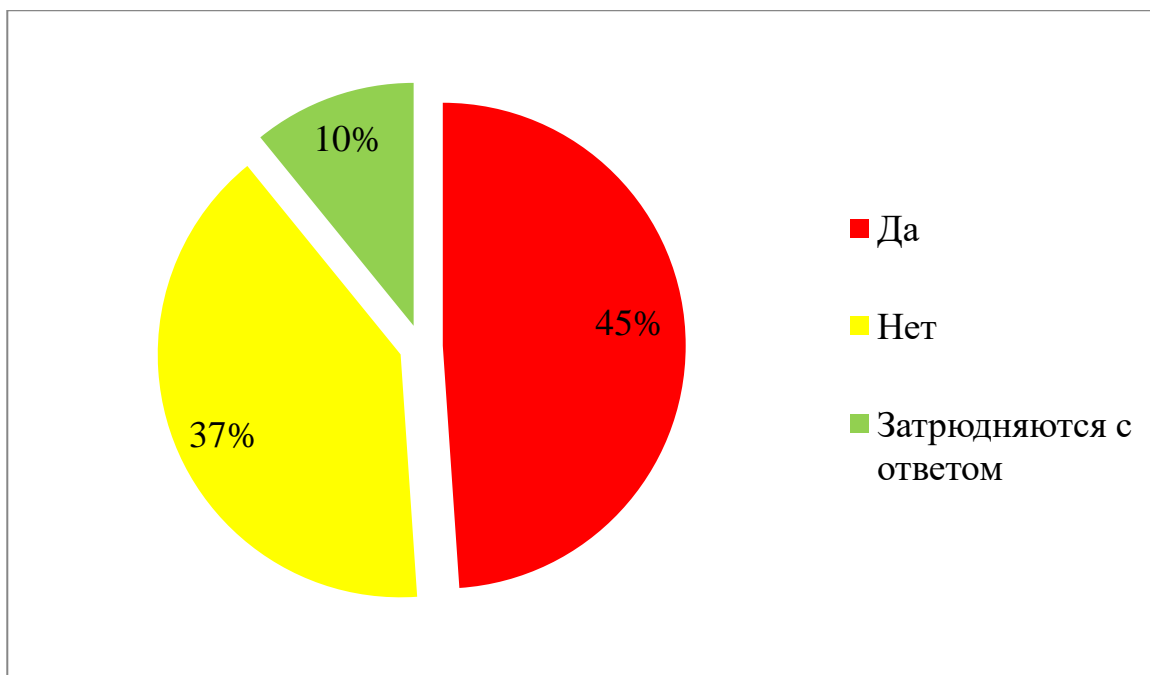


Рис.19. Влияние сахарного диабета на образ жизни.

На вопрос «хватает ли информации от медицинского персонала» 7% – затрудняются с ответом, 19% – нет, 67% – да (рис.20).

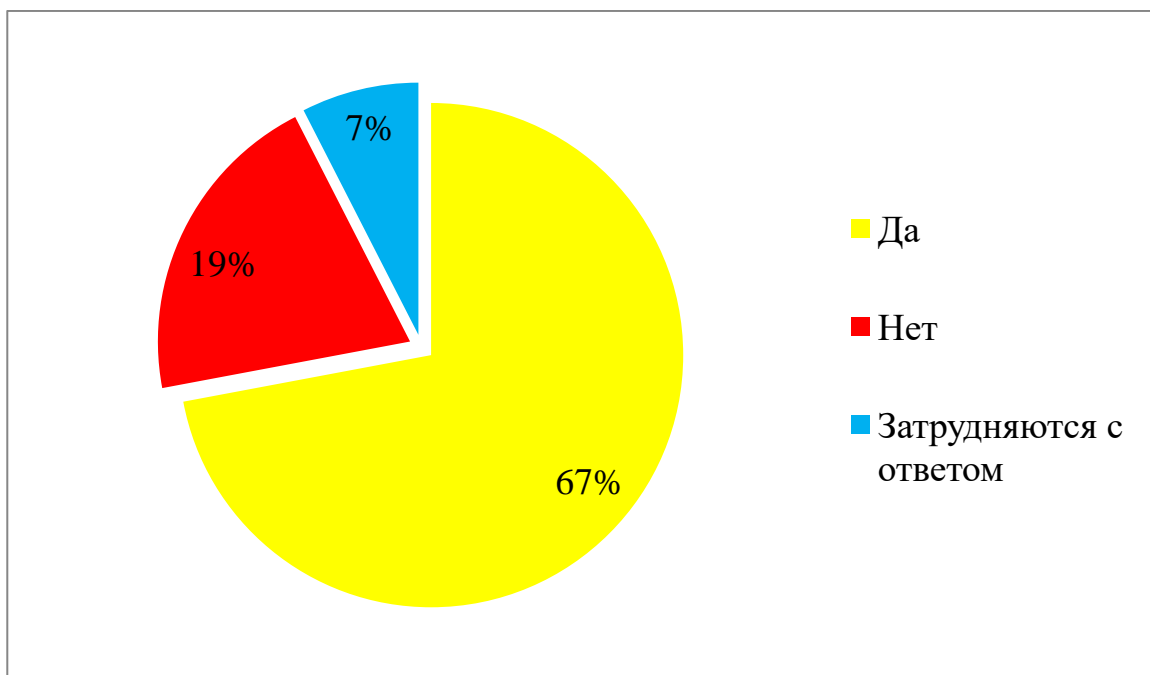


Рис.20 Информация от медицинского персонала.

При опросе больные сахарным диабетом, хотели ли они посещать «школу сахарного диабета» 57% ответили да, нет ответили – 22%, ответили затрудняются с ответом – 12% (рис.21).

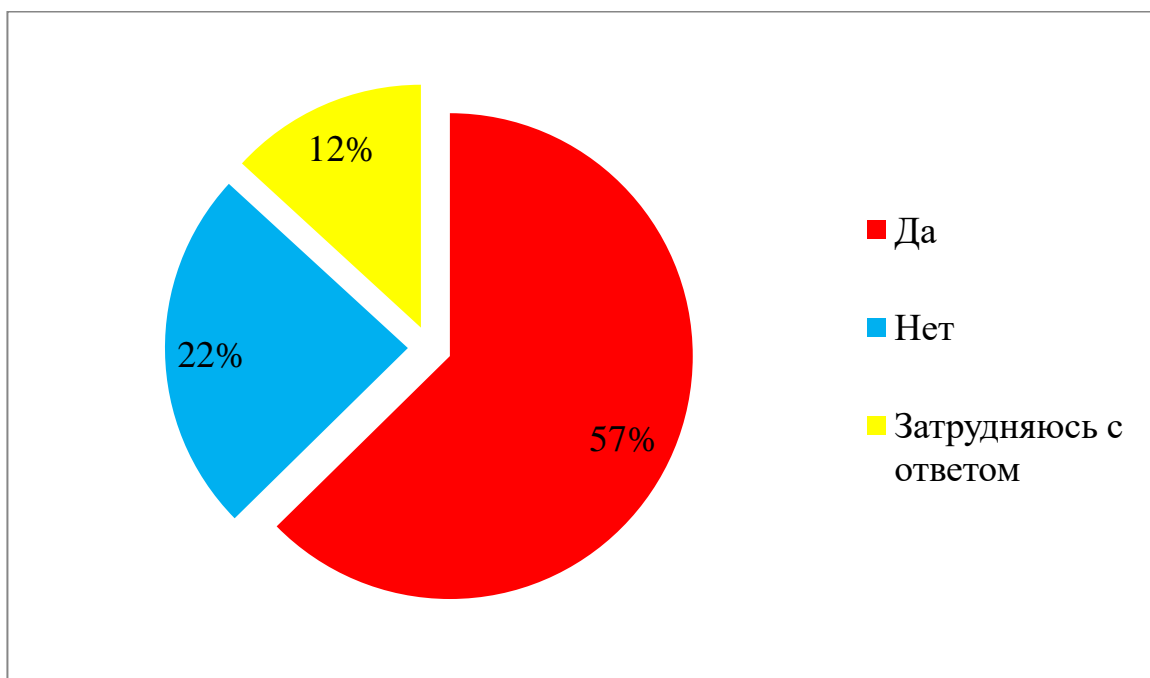


Рис. 21 Посещения «Школы сахарного диабета».

На вопрос «удовлетворяет ли Вас уход медицинского персонала» 10% ответили – затрудняются с ответом, 20% ответили – нет, 87% ответили – да (рис 22).

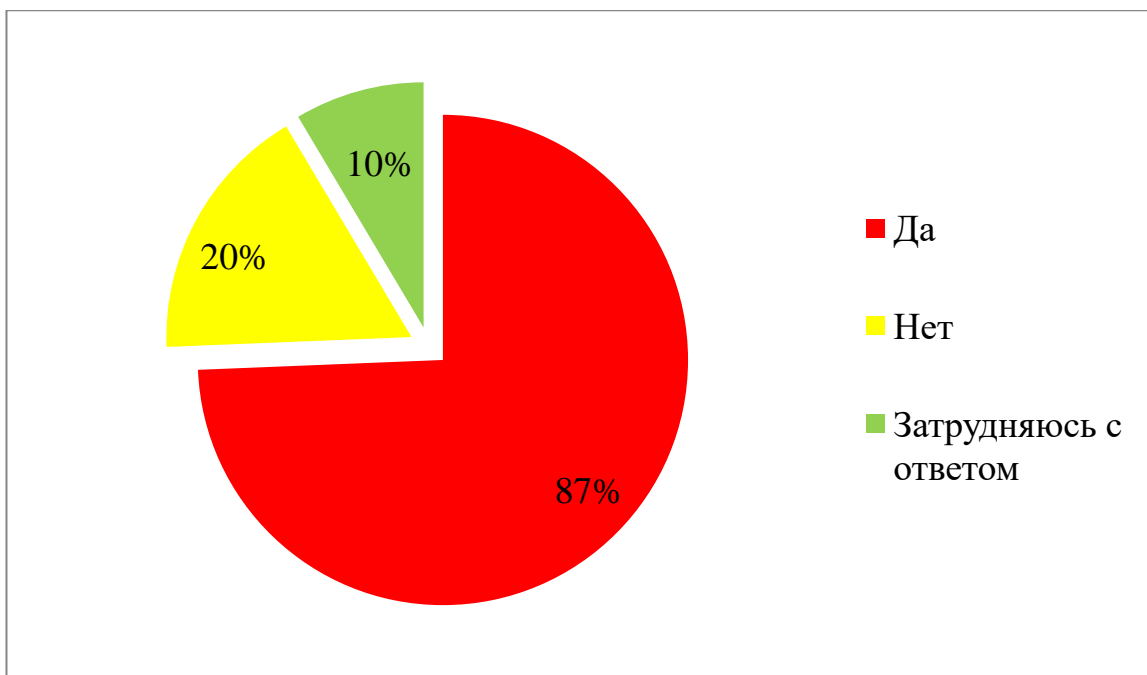


Рис. 22. Удовлетворяет уход медицинского персонала.

Таким образом, анализируя ответы респондентов на поставленные вопросы, можно сделать выводы, что роль медицинской сестры в повышении качества обслуживания больных с сахарным диабетом неоспорима. Медицинские сестры в своей повседневной работе должны вести просветительную работу среди как больных сахарным диабетом, так и предрасположенных к нему. Необходимо проводить беседы о значении питания, физической нагрузки, стрессовых ситуаций и малоподвижного образа жизни в развитии сахарного диабета.

Медицинская сестра должна обучить больных сахарным диабетом правилам ведения дневника самоконтроля, принципам подсчета хлебных единиц, методам определения сахара в крови и при необходимости технике введения инсулина.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Рекомендации для медицинского персонала

1. Необходимо обратить внимания, что пациент нуждается обучение в «Школе сахарного диабета»;
2. Контроль над стопами;
3. Обучить пациента пользоваться хлебными единицами (ХЕ);
4. Обратить внимание на обучения больного пользоваться глюкометром;
5. Мотивировать больного соблюдать диету, введения «Дневника самоконтроля».

Рекомендация для пациента

1. Регулярно контролировать уровень сахара в крови;
2. Строго соблюдать рекомендованную диету и учет хлебных единиц (ХЕ);
3. Выполнять адекватные физические нагрузки;
4. Пройти обучения «Школы сахарного диабета»;
5. Контролировать состояния стоп;
6. Двигательный режим.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сахарный диабет является эндокринологическим заболеванием, носящие хронический характер, возникает на фоне абсолютной или относительной недостаточности гормонов инсулина.

Сахарный диабет возникает в любом возрасте. Сахарный диабет может быть, приобретенным или врожденным.

Проанализировав литературные источники по медицине, мы узнали что такое сахарный диабет, его основные проявления и лечение, как препаратами, так и фитотерапией.

В ходе работы я могу сделать следующие выводы:

1. Основным средством в лечении сахарного диабета является лечения препаратами, выполнения адекватной физической нагрузки, соблюдения диеты, введения «дневника самоконтроля» правильный подсчет хлебных единиц;

2. Немаловажную роль в жизни человека с сахарным диабетом играет правильное питание;

3. Правильный уход и профилактика при сахарном диабете способствует сохранению как собственного здоровья, так и своих близких;

4. Своевременная и правильная диагностика поможет выбрать правильный и положительный результат.

В настоящее время, по данным Всемирной организации здравоохранения, в мире насчитывается более 175 миллионов больных, их количество из года в год растет.

Медицинская сестра – это именно тот сотрудник, который значительную часть времени проводит с пациентами. Медицинская сестра является важным звеном между врачом и непосредственно пациентом, она выполняет все назначения врача, проводит профилактические беседы, дает рекомендации о правильном питании, соблюдении диеты, следить за приемом лекарственных средств.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. «Большое место Диабет» [Текст] Шабанов В.В, 2017. – 88с
2. Все о диабете [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://my-diabet.ru/chem-lechit-saharnyj-diabet-2-tipa-preparaty.html>
3. ОГБУЗ особого типа «Областной центр медицинской профилактики» [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://ocmp.belzdrav.ru/nashi/index.php?ELEMENT_ID=25438
4. Портал о сахарном диабете [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://diabet.by/magazine/magazin-dialife/Zhizn-s-diabetom-54/Diabet-2-tipa-i-insulin-kogda-nado-perehodit-na-insulin-vidy-insulinoterapii-pri-SD-2-tipa.htm>
5. Хлебные Единицы [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://aboutdiabetes.ru/hlebnye-edinicy-kak-pravilno-schitat-tablica-dlia-diabetikov-1-i-2-tipa.html>
6. Хлебных единиц [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://diabethelp.org/kushaem/tablica-khlebnnykh-edinic.html>

ПРИЛОЖЕНИЯ

Уважаемые респонденты!

С целью выяснения причины и провоцирующих факторов развития сахарного диабета, просим Вас принять участия в анкетировании, которое мы проводим в базе ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа». Заранее Вам благодарны!

Анкета

1. Ваш пол:
 - а) женский
 - б) мужской

2. Ваш возраст:
 - а) от 18 до 25 лет
 - б) от 25 до 35 лет
 - в) от 35 до 45 лет
 - г) старше 50 лет

3. Место жительства:
 - а) село
 - б) город
 - в) поселок городского типа

4. Сколько лет Вы болеете сахарным диабетом:
 - а) менее года
 - б) 1 год – 5 лет
 - в) 5 лет – 10 лет
 - г) более 10 лет

5. Знаете ли Вы осложнение сахарного диабета:
 - а) да
 - б) нет
 - в) затрудняюсь с ответом

6. Что Вас беспокоит:
 - а) неполноценность поджелудочной железы
 - б) переедание
 - в) ожирение
 - г) влияние стресса
 - д) наследственность
 - е) малоподвижный образ жизни

7. Какие первые признаки появились у Вас:
 - а) жажда

- б) частое мочеиспускание
 - в) обильный прием пищи
 - г) зуд кожных покровов
 - д) слабость, вялость, недомогание
 - е) снижения зрения
8. Знаете ли Вы уровень сахара в крови
- а) да
 - б) нет
 - в) затрудняюсь с ответом
9. Умеете ли Вы пользоваться глюкометром
- а) да
 - б) нет
 - в) затрудняюсь с ответом
10. Как часто Вы пользуетесь глюкометром:
- а) ежедневно
 - б) 1 раз в неделю
 - в) 1 – 2 раза в месяц
 - г) при посещения врача
11. Как часто Вы едите овощи, фрукты и ягоды:
- а) каждый день
 - б) не каждый день
12. Введете ли Вы дневник самоконтроля:
- а) да
 - б) нет
 - в) не веду совсем
13. Посещаете ли вы эндокринолога:
- а) да
 - б) нет
14. Как часто вы посещаете эндокринолога:
- а) регулярно
 - б) при ухудшении самочувствия
 - в) при крайней необходимости
15. Занимаетесь ли Вы физическими упражнениями:
- а) да
 - б) нет
 - в) изредка

16. Знаете ли Вы что такое гипогликемия и гипергликемия:
- а) да
 - б) нет
17. Бывают ли у Вас гипергликемические состояния:
- а) да
 - б) нет
 - в) затрудняюсь с ответом
 - г) что это такое
18. Умеете ли Вы помочь себе в случае появления у Вас симптомов гипогликемии и гипергликемии:
- а) да
 - б) нет
 - в) затрудняюсь с ответом
19. Влияет ли сахарный диабет на образ жизни:
- а) да
 - б) нет
 - в) затрудняюсь с ответом
20. Хватает ли Вам информации от медицинского персонала:
- а) да
 - б) нет
 - в) затрудняюсь с ответом
21. Хотели бы Вы посещать «Школу сахарного диабета»
- а) да
 - б) нет
 - в) затрудняюсь с ответом
22. Удовлетворяет ли Вас уход медицинского персонала
- а) да
 - б) нет
 - в) затрудняюсь с ответом