

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

ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Дипломная работа студентки

очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051501
Лойко Натальи Сергеевны

Научный руководитель
Преподаватель Байбикова Ж.Н.

Рецензент
Заведующий центром по оздоровлению детей и подростков ОГКУЗ «Противотуберкулезный диспансер г. Белгорода» Гринько И.А.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОРГАНИЗАЦИИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ.....	6
1.1. Классификация, этиология и патогенез сахарного диабета	6
1.2. Клиника сахарного диабета	9
1.3. Лечение и сестринский уход при сахарном диабете.....	14
1.4. Профилактика сахарного диабета	21
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.....	24
2.1. Анализ статистических данных заболеваемости взрослого населения сахарным диабетом в Белгородской области	24
2.2. Анализ анкетных данных пациентов с сахарным диабетом	25
2.3. Практические рекомендации пациентам с сахарным диабетом	38
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	40
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	42
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	44

ВВЕДЕНИЕ

Сахарный диабет это заболевание эндокринной системы, которое обусловлено абсолютной или относительной недостаточностью инсулина. Абсолютная инсулиновая недостаточность представляет собой сниженную секрецию инсулина. Относительная недостаточность выражена потерей разной степени чувствительности инсулинзависимых тканей к биологическому действию инсулина.

Сахарный диабет диагностируют на основе результатов исследования гликемии. При уровне гликемии натощак 6,7 ммоль/л и выше устанавливают диагноз сахарный диабет.

По критериям ВОЗ, с помощью орального теста толерантности к глюкозе устанавливают диагноз сахарный диабет, когда прием натощак 75 г глюкозы через 2 часа вызывает повышение сахара в крови более 11,1 ммоль/л.

Если в оральном тесте толерантности к глюкозе гликемия натощак не превышает 6,7 ммоль/л, через 2 часа после приема глюкозы выше 7,8 ммоль/л, но не более 11,1 ммоль/л, тогда такое состояние называют нарушенной толерантностью к глюкозе. Не всегда нарушенная толерантность к глюкозе переходит в сахарный диабет: толерантность к глюкозе может восстановиться или быть нарушена неопределенно долгое время.

Если натощак определяется высокая гипергликемия нецелесообразно проводить оральный тест толерантности к глюкозе, также у пациентов с острыми заболеваниями или на постельном режиме и у пациентов, которые получают мочегонные средства, пропранолол, фенитоин, глюкокортикоиды, эстрогены или контрацептивные средства [9, с. 36].

Всемирная организация здравоохранения дала определение сахарного диабета, которая описывает его, как синдром хронической гипергликемии. По своей природе сахарный диабет неоднороден (гетерогенен). Он является группой заболеваний обмена веществ, которая характеризуется хронической гипергликемией, возникающей в результате нарушения секреции или действия

инсулина и сопровождающейся повреждением, нарушением функции и недостаточностью различных органов и систем, в первую очередь при сахарном диабете страдают орган зрения и мочевыделительная система пациентов, а также их нервная и сердечно-сосудистая системы [6, с. 75].

Актуальность исследования заключается в том, что на сегодняшний день, сахарный диабет является одним из наиболее распространенных заболеваний эндокринной системы. Это одна из ведущих медико-социальных проблем современной медицины. Также можно отметить частое возникновение осложнений и сопутствующих заболеваний, приводящих к ранней инвалидности и смертности.

Цель исследования: исследовать особенности организации сестринского ухода при сахарном диабете и разработать системный подход к наблюдению за пациентами с сахарным диабетом.

Задачи исследования:

1. Провести теоретический анализ литературы и периодических изданий по теме работы.

2. Определить основные проблемы пациента, профессиональные и общие компетенции медицинской сестры в организации сестринской помощи пациентам с сахарным диабетом.

3. Провести анализ статистических данных распространённости сахарного диабета среди пациентов Белгородской области.

4. Провести социологическое исследование проблем пациентов с сахарным диабетом в ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа», на основании которого разработать программу сестринских компетенций лечебно-диагностической и реабилитационной помощи пациентам.

Методы исследования:

- научно-теоретический анализ;
- статистический;
- социологический – анкетирование.

Объект исследования – пациенты эндокринологического отделения в ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа».

Предмет исследования – профессиональная деятельность медицинской сестры в организации и проведении сестринской помощи у больных с сахарным диабетом.

База исследования - ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа», эндокринологическое отделение.

Время исследования – 2018-2019 гг.

Структура выпускной квалификационной работы: состоит из 50 страниц.

Работа состоит из введения, где обозначена актуальность проблемы на современном этапе.

Теоретическая часть представляет обзор современной литературы по организации сестринского ухода при сахарном диабете.

Вторая глава представлена анализом статистических данных заболеваемости взрослого населения, также материалами собственного исследования, где проведен анализ анкетных данных, даны практические рекомендации пациентам.

Заключение содержит общие выводы по двум главам.

Также имеется список использованных источников и литературы.

В конце дипломной работы размещены 3 приложения.

Кроме этого работа дополнена 1 таблицей и 17 рисунками.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОРГАНИЗАЦИИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Сахарный диабет – это заболевание, которому нужен комплексный подход при лечении, то есть необходимо не только медикаментозно воздействовать на причину заболевания, но и планировать уход, для предупреждения осложнений, профилактики дальнейшего развития сахарного диабета. Эта роль и принадлежит медицинской сестре: составлять план сестринского ухода, обучать пациента основным навыкам, которые будут необходимы при данной патологии.

1.1. Классификация, этиология и патогенез сахарного диабета

Сахарный диабет подразделяется на сахарный диабет 1 типа (иммуноопосредованный и идиопатический), сахарный диабет 2 типа, гестационный сахарный диабет - диабет беременных и другие неспецифические типы, связанные с: генетическими дефектами функции β -клеток; генетическими дефектами действия инсулина; заболеваниями поджелудочной железы, его экзокринной части; эндокринопатиями; воздействием лекарств или химических веществ; инфекциями; необычными формами иммунологически опосредованного диабета; другими генетическими синдромами, иногда сочетающиеся с сахарным диабетом.

Сахарный диабет 2 типа наиболее встречающийся, среди всех форм, 90% всех случаев заболеваемости приходится на него. В структуре заболеваемости сахарным диабетом 1 типа преобладают его иммуноопосредованные формы. Идиопатические формы сахарного диабета 1 типа встречаются реже, их типичной особенностью является отсутствие характерных для иммуноопосредованной формы маркеров аутоиммунного поражения островкового аппарата поджелудочной железы (отсутствуют антитела к глутаматдекарбоксилазе, β -клеткам, инсулину и т. п.) [6, с. 75].

Сахарный диабет 1 типа вызывается гибелью β -клеток. Это приводит к выраженному дефициту инсулина - абсолютной инсулиновой недостаточности, приводящей к углеводному голоданию клеток, а также к их интоксикации продуктами распада жиров. При этом в крови циркулирует избыточное количество глюкозы. Таким образом, возникает парадоксальная ситуация, когда рядом с клеткой находится масса углеводов или необходимая клетке энергия, но нет инсулина, который позволил бы им проникнуть в клетку.

В большинстве случаев 1 тип сахарного диабета развивается в молодом возрасте, что приводит к ранней инвалидности и преждевременной смерти пациентов. В основе инсулинзависимого сахарного диабета лежит разрушение β -клеток поджелудочной железы островков Лангерганса. Постепенно снижается масса инсулин-продуцирующих клеток, в результате чего развиваются скрытые нарушения выработки инсулина, и на этих стадиях заболевание протекает без клинических признаков недостатка инсулина. В начале заболевания такие пациенты попадают в реанимацию, до 80% случаев, так как клиника заболевания быстро развивается.

На сегодняшний день единственный способ лечения данных пациентов - пожизненная инсулинотерапия. В данном случае никакое другое лечение этого заболевания не даст должного эффекта. Но к сожалению пациенты этого не понимают, ищут альтернативу инсулинотерапии, что часто приводит к летальному исходу.

Чаще всего при любой форме сахарного диабета развиваются поздние осложнения, такие, как нефропатия, приводящая в конечном итоге к терминальной почечной недостаточности, ретинопатия, которая приводит к необратимой потере зрения, нейропатия, приводящая к развитию синдрома диабетической стопы и т. д. Диабетическая макроангиопатия приводит к развитию инфарктов и инсультов.

В современной медицине компенсация углеводного обмена восполняется за счет использования качественных препаратов инсулина, обучения пациентов,

реализации полученных знаний при проведении самоконтроля и коррекции терапии в домашних условиях.

В основе лечения сахарного диабета 1 типа лежит инсулинотерапия, диета, умеренные физические нагрузки, обучение пациентов и их самоконтроль [4, с. 11].

Сахарный диабет 2 типа (инсулиннезависимый) это заболевание обмена веществ, которое характеризуется хронической гипергликемией и развивающееся в результате нарушения секреции инсулина или механизмов его взаимодействия с тканевыми клетками. Это мультифакториальное заболевание, развитие которого обусловлено взаимодействием эндогенных (генетических) и экзогенных факторов (факторов внешней среды). В развитии сахарного диабета генетические факторы достигают 60-80%. Данная форма диабета относится к полигеннонаследуемым заболеваниям.

При сахарном диабете 2 типа генетическая предрасположенность играет наиболее значительную роль, чем при инсулинзависимом сахарном диабете. Факторами, которые обуславливают фенотипическую реализацию генетической предрасположенности в сахарный диабет 2 типа, являются ожирение, период беременности, гиподинамия, несбалансированное питание, психоэмоциональный стресс, вредные привычки, инфекции, травмы и хирургические вмешательства. Было доказано, что у пациентов с ожирением уменьшение массы тела приводит к снижению начальной концентрации глюкозы и инсулина в ответ на прием пищи. Если пациенты возвращаются к неправильному избыточному питанию вновь повышается содержание сахара в крови, появляется гиперинсулинемия натощак и снижается выработка инсулина в ответ на прием пищи.

В последние годы получены новые данные о патогенезе инсулиннезависимого сахарного диабета. Было изучено и доказано, что развитие диабета 2 типа обусловлено резистентностью к инсулину и нарушением функции β -клеток. Различно соотношение двух компонентов

патогенеза инсулиннезависимого сахарного диабета и не ясно, какой из них является первичным при инсулиннезависимом сахарном диабете [2, с. 6].

В зависимости от степени тяжести выделяют диабет легкой степени, сахарный диабет средней тяжести и тяжелый сахарный диабет.

К первой степени относятся формы заболевания, где компенсация метаболических нарушений (нормогликемия) поддерживается одной диетой, кетоза в анамнезе не выявлено. Характерно наличие начальных стадий осложнений (диабетическая ангиопатия, обратимая нейропатия, микроальбуминурическая стадия нефропатии).

Только при приеме сахароснижающих препаратов (таблетированных или инсулина) поддерживается нормогликемия – это характерно для диабета средней тяжести; редко возникает кетоз (на фоне стресса), легко устраняется диетой и адекватной заместительной терапией. Осложнения диабета присутствуют, но не приводят к инвалидности (диабетическая ретинопатия, протеинурическая стадия нефропатии, стойкие проявления нейропатии без нарушения функции органов).

Для тяжелого диабета характерны специфические осложнения в развернутой стадии, к которым относятся: рецидивирующий длительный кетоз, который трудно устранить, частые кетоацидотические состояния и комы; лабильное течение диабета со склонностью к гипогликемическим состояниям; диабетическая ретинопатия с нарушением остроты зрения; диабетическая нефропатия с почечной недостаточностью; висцеральная или периферическая нефропатия с нарушением функции органов; диабетическая стопа с трофическими язвами и стопа Шарко; инвалидизирующие больного проявления диабетической макроангиопатии [9, с. 36].

1.2. Клиника сахарного диабета

Различные факторы влияют на клиническую картину течения сахарного диабета.

Во-первых, это зависит от типа сахарного диабета: первичный, инсулинозависимый - 1-й тип; вторичный, инсулиннезависимый, симптоматический - 2-й тип; другие типы.

Во-вторых, от тяжести заболевания: легкий диабет - нет микро- и макрососудистых осложнений; диабет средней тяжести - диабетическая ретинопатия I степени, диабетическая нефропатия на стадии микроальбуминурии, диабетическая полинейропатия; тяжелый диабет - диабетическая ретинопатия II-III степени, диабетическая нефропатия, макроангиопатии – ишемическая болезнь сердца, сердечная недостаточность, синдром диабетической стопы и др.).

В-третьих, от состояния компенсации (компенсация, субкомпенсация, декомпенсация).

В-четвертых, от осложнений инсулинотерапии (анафилактический шок, местная аллергическая реакция, инсулинорезистентность).

В-пятых, от осложнений заболевания (кетоацидоз, гипергликемическая и гипогликемическая комы, гипогликемическое состояние; микро- и макроангиопатии, нейропатии; энтеропатии, гепатопатия, катаракта, остеоартропатия).

Существуют три стадии сахарного диабета: преддиабет, скрытый (нарушенная толерантность к глюкозе) и явный диабет.

Преддиабет – стадия сахарного диабета, которую не диагностируют на данном этапе. Чаще всего, это люди с отягощенной наследственностью, женщины, родившие ребенка с весом 4,5 кг и более, пациенты с ожирением.

Пациенты со скрытым диабетом жалоб не предъявляют. Скрытый сахарный диабет можно диагностировать с помощью пробы с сахарной нагрузкой (тест толерантности к глюкозе). Тест проводят утром натощак на фоне трехдневного неограниченного питания и обычной физической активности. В эти три дня не принимают лекарственные препараты, противозачаточные средства; исключают алкоголь и никотин, должны отсутствовать острые заболевания. После забора крови натощак в течение не

более 5 минут выпивают глюкозу в дозе 75 г в 200 мл воды. У здоровых людей содержание глюкозы в капиллярной крови (из пальца) натощак $\leq 5,5$ ммоль/л и через 2 часа после сахарной нагрузки составляет $< 7,8$ ммоль/л; у пациентов с гипергликемией натощак - $\geq 5,6$ ммоль/л, но $< 6,1$ ммоль/л, а через 2 часа - $< 7,8$ ммоль/л; у людей с нарушенной толерантностью к глюкозе натощак - $\geq 5,6$ ммоль/л, но $< 6,1$ ммоль/л, а через 2 часа - $\geq 7,8$ ммоль/л; у больных сахарным диабетом натощак - $\geq 6,1$ ммоль/л, а через 2 часа - $\geq 11,1$ ммоль/л.

При сахарном диабете в состоянии компенсации жалобы у пациентов обычно отсутствуют. Жалобы полиморфны в состоянии суб- и декомпенсации. Пациенты отмечают сухость во рту, жажду, полиурию, иногда полифагию, похудение, зуд кожи и промежности, плохой сон, повышенную утомляемость, головную боль, снижение зрения и чувствительности пальцев рук, парестезии.

Развиваются поздние осложнения - микро-, макроангиопатии. При длительном течении сахарного диабета в состоянии субкомпенсации, при отсутствии лечения или его недостаточности. Кожа становится сухой, появляется румянец на щеках, развиваются атрофия мышц, снижение массы тела, фурункулез, ухудшение зрения. На коже ног возникают бляшки восковидного цвета. Наблюдаются вывихи, подвывихи, деформация суставов кистей и стоп, онемение и парестезии в руках и ногах, снижение чувствительности, мышечной силы, гангрена нижних конечностей, ухудшение зрения, гепатомегалия, хроническая почечная недостаточность.

Диабетический кетоацидоз развивается при длительной суб- и декомпенсации сахарного диабета. Причины кетоза: неправильное лечение малыми дозами инсулина растворимого (человеческого генно-инженерного), избыточное питание, голодание, острые инфекции, интоксикации, острые тяжелые заболевания, например инфаркт миокарда, беременность, роды.

Кетоацидоз развивается постепенно, в течение нескольких дней. Слабость усиливается, появляется и усиливается головная боль, снижается аппетит, появляется сухость во рту, жажда, тошнота, рвота, разлитые боли в животе, резкие подергивания отдельных мышечных групп. При осмотре кожа сухая,

бледная. Язык сухой. Гипотония глазных яблок. Запах ацетона изо рта. Пульс мягкий, слабый и частый. Живот умеренно вздут, болезненный во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Отмечают гипергликемию, гликозурию, ацетонурию. По мере усиления кетоацидоза рвота становится многократной, боли в животе усиливаются до острых (псевдоперитонит). Усиливается слабость, вялость, сонливость. Больные становятся безразличными, адинамичными. Спутанное сознание, сопор, полная потеря сознания и развитие диабетической комы.

При диабетической коме кожа у больных бледная, сухая; глаза запавшие, зрачки узкие, черты лица заострены, резко снижен тургор кожи; дыхание шумное - «большое дыхание Куссмауля»; тоны сердца глухие, пульс мягкий, частый, артериальное давление снижено. Язык сухой, покрыт коричневым налетом, отмечается вздутие живота, иногда его напряжение. В крови: высокий нейтрофильный лейкоцитоз или лейкомоидная реакция, высокие цифры гемоглобина, эритроцитов за счет сгущения крови, увеличение СОЭ, гиперазотемия, электролитные нарушения. Гипергликемия от 15,0 ммоль/л до 50,0 ммоль/л, кетонемия. В моче - гликозурия до 10%, кетонурия.

Гиперосмолярную, гипергликемическую, некетоацидотическую кому встречаются обычно у людей старше 40 лет после употребления большого количества углеводов, лечения бигуанидами, тиазидовыми мочегонными, глюкокортикоидами; при резком обезвоживании организма. Ведущим патогенетическим фактором служит повышение осмолярности крови более 340 мосмоль/л (норма - 280-290 мосмоль/л). Характерны высокий уровень сахара в крови - 30-60 ммоль/л, азотемия, высокая гликозурия. В отличие от кетоацидотической комы отмечают отсутствие признаков кетоацидоза или имеются его легкие проявления. Присутствуют слабость, жажда, полиурия, тахикардия.

Проблемы пациентов: жажда, сухость во рту, частое обильное мочеиспускание, слабость, кожный зуд, повышенный или пониженный аппетит, похудание [7].

Для сахарного диабета очень часто характерно развитие осложнений, таких как поражение сердечно-сосудистой системы, почек, глаз, нервной системы.

Сахарный диабет может ускорить развитие атеросклероза. Атеросклеротическое поражение сосудов сердца приводит к развитию ишемической болезни сердца, которое может осложниться инфарктом миокарда. Поражение сосудов головного мозга осложняется возникновением ишемического инсульта. Кроме того, сахарный диабет часто сочетается с артериальной гипертензией. Поражение артерий нижних конечностей может сопровождаться сухой гангреной, обычно со слабо выраженным болевым синдромом.

Поражение мелких сосудов при сахарном диабете (микроангиопатия) в наиболее выраженной форме проявляется в виде вовлечения сосудов сетчатки глаза и клубочков почек.

Диабетическая нефропатия приводит к образованию почечной недостаточности. У этих больных наблюдается длительная протеинурия, изменения в осадке мочи. В некоторых случаях возникает артериальная гипертензия, а также нефротический синдром. В стадии хронической почечной недостаточности содержание глюкозы в крови и моче может значительно снижаться, и потребность пациентов в инсулине также уменьшается. Поражение почек у пациентов с сахарным диабетом может быть связано с инфекционно-воспалительными изменениями, такими как пиелонефрит. При этом в моче можно обнаружить лейкоциты и бактерии.

Диабетическая ретинопатия характеризуется развитием микроаневризм сосудов сетчатки, расширением вен, кровоизлияниями и очагами помутнения сетчатки вокруг диска зрительного нерва. Результатом этого может стать значительное ухудшение зрения, с дальнейшим развитием катаракты.

У половины пациентов с сахарным диабетом развивается симметричная диабетическая невропатия, которая характеризуется нарушениями глубокой и поверхностной чувствительности, снижением рефлексов, двигательными

расстройствами и нередко сопровождается интенсивными болями, дисфункцией органов брюшной полости, в частности нарушениями функций пищевода и кишечника.

Наблюдается гепатомегалия за счет жировой дистрофии при длительном течении сахарного диабета [8].

1.3. Лечение и сестринский уход при сахарном диабете

Независимые, взаимозависимые и зависимые сестринские вмешательства при сахарном диабете должны быть направлены на все звенья патогенеза болезни и проводиться с учетом типа заболевания, тяжести течения, основных симптомов, состояния компенсации, побочных эффектов фармакотерапии, возможных осложнений с целью их предупреждения.

Медицинская сестра обеспечивает: выполнение больным назначенного врачом двигательного режима и режима питания; своевременный и правильный прием лекарственных препаратов и контроль их побочных эффектов; контроль артериального давления, частоты дыхательных движений, пульса, массы тела и величины суточного диуреза; подготовку пациентов к лабораторным и инструментальным исследованиям (тест толерантности к глюкозе, гликемическая кривая, гликозурический профиль, ультразвуковое исследование поджелудочной железы и др.).

Она также проводит беседы о значении режима и диеты в лечении сахарного диабета, обучает больных правильному применению инсулина растворимого (человеческого генно-инженерного) и/или сахароснижающих препаратов.

При сахарном диабете типа 1 без сопутствующего ожирения и нарушений функции почек назначают высокобелковую диету (Приложение 1).

При сахарном диабете 2 типа без сопутствующего ожирения назначают основной вариант стандартной диеты, пациентам с ожирением - низкокалорийную диету. Чтобы предотвратить резкие колебания глюкозы в

крови, питание больных сахарным диабетом должно быть дробным, не менее 4-6 раз в сутки. Частота приемов пищи зависит от числа приемов препаратов инсулина, прием пищи не позднее, чем через 30 минут после введения инсулина растворимого (человеческого генно-инженерного).

Суточный рацион больных сахарным диабетом должен содержать 20-50 г клетчатки с нерафинированными углеводами (необдирные крупы, мука грубого помола), что способствует замедлению всасывания и утилизации углеводов. Состав суточного рациона: углеводов - 50-60%, белков - 20-25%, жиров - 15-20%. По энергетической ценности - 30 ккал/кг веса тела при легком труде; 40-45 ккал/кг - при труде средней тяжести, 50 ккал/кг и более - при тяжелом труде.

Из повседневного рациона необходимо исключить продукты, содержащие легкоусвояемые углеводы (сахар, мед, сладкие кондитерские изделия, варенье, сладкие напитки), используют аминокислотные заменители сахара - сластилин, аспартам, сладекс, нутривит, которые в 100 раз слаще сахара, обладают минимальной калорийностью, не вызывают осложнений, не разлагаются при кипячении и не имеют побочных эффектов.

Прием белков и жиров не вызывает немедленного повышения уровня глюкозы в крови, и поэтому их не учитывают при определении дозы инсулина растворимого (человеческого генно-инженерного). Уровень сахара в крови повышается только после приема углеводов. Для удобства подсчета содержания в пище углеводов разработана система хлебных единиц (ХЕ) с распределением продуктов на пять групп: молоко и молочные жидкие продукты, зерновые, картофель, фрукты и продукты, содержащие чистый сахар. Для усвоения 1 ХЕ, что соответствует 12 г глюкозы, требуется 1-2 ЕД (единицу действия) инсулина растворимого (человеческого генно-инженерного, в зависимости от индивидуальной чувствительности). Например, 1 ХЕ соответствует: 1 стакан молока, кефира, сливок, пива, кваса; 1 кусок (20 г) хлеба; 2-4 столовых ложки сваренных макарон, по 2 столовых ложки любой каши или картофельного пюре; одно яблоко (65 г), 8 столовых ложек малины (150 г), 1 столовая ложка сахара.

Ориентировочная потребность в ХЕ/сутки: люди тяжелого физического труда с дефицитом массы тела - 25-30 ХЕ, труда средней тяжести с нормальным весом тела - 20-22 ХЕ, с сидячей работой - 15-18 ХЕ, с умеренным весом - 12-14 ХЕ, с ожирением - 6-8 ХЕ.

Пример расчета: дневной рацион составляет 3000 ккал. Из них 50% должны составлять углеводы (1 г углеводов = 4 ккал). $1500:4=375$ г углеводов/сутки, что составляет 31 ХЕ ($375:12$) или 31 ЕД инсулина растворимого (человеческого генно-инженерного).

Физическая активность улучшает работоспособность и настроение, она всегда индивидуальна. Любая физическая нагрузка сопровождается снижением уровня глюкозы в крови у больных сахарным диабетом, которое определяется двумя факторами: увеличением скорости всасывания глюкозы из крови работающей мышцей и ускорением всасывания инсулина из участка его введения, что связано с усилением кровообращения. Регулярная физическая активность способствует нормализации липидного обмена, улучшает микроциркуляцию, активизирует фибринолиз, нормализует повышенную секрецию катехоламинов в ответ на стрессовую ситуацию, что предотвращает развитие сосудистых осложнений. Кроме того, физические упражнения повышают чувствительность тканей к инсулину и снижают уровень гликемии как во время физической нагрузки, так и в течение 12 часов после. Именно поэтому при легких и умеренных физических нагрузках продолжительностью не более 1 часа требуется дополнительное потребление углеводов до и после нагрузки (15 г легких углеводов на каждые 15 минут нагрузки). При умеренных физических нагрузках продолжительностью более 1 часа и интенсивных занятиях спортом необходимо уменьшать дозы инсулина растворимого (человеческого генно-инженерного), действующие во время нагрузки и в последующие 6-12 часов на 20-50%.

Уровень глюкозы в крови нужно измерять до физической нагрузки, во время и после нее [7].

Лечение сахарного диабета 1 типа включает в себя диету с соответствием инсулина короткого действия — хлебная единица; интенсифицированная инсулинотерапия; самоконтроль.

Каждый больной должен быть обучен основным принципам диеты, методам инсулинотерапии и контроля за ее эффективностью (с помощью глюкометра и полосок для определения уровня глюкозы в крови и моче).

Главная цель диеты при сахарном диабете 1 типа — соответствие пищи, которую собирается употреблять больной, дозе инсулина. Все углеводсодержащие продукты можно оценить по обменным таблицам ХЕ. Ограничен прием (но не исключен) быстровсасывающихся углеводов, т.е. продуктов с большим гликемическим индексом (100%) из-за вероятного быстрого подъема уровня глюкозы в крови после приема пищи [3, с. 750].

Коррекция дозы инсулина должна осуществляться ежедневно с учетом данных самоконтроля гликемии в течение суток и количества углеводов в пище, до достижения индивидуальных целевых показателей углеводного обмена.

Характеристика препаратов инсулина, применяемых при сахарном диабете 1 типа - по длительности действия инсулины подразделяются на четыре основные группы: ультракороткого действия (лизпро, аспарт, глулизин); короткого действия (простой человеческий инсулин); средней продолжительности действия (инсулины на нейтральном протамине Хагедорна, изофан); длительного действия (гларгин, детемир, деглудек); а также смеси инсулинов различной продолжительности действия [5].

Существует несколько условий, которые должны быть соблюдены при инъекциях инсулина. Инсулин короткого действия при близком к нормальному уровне гликемии вводится за 20 — 30 минут до приема пищи.

Аналог инсулина ультракороткого действия при близком к нормальному уровне гликемии вводится непосредственно перед приемом пищи.

При повышенном уровне гликемии перед приемом пищи рекомендуется увеличивать интервал времени от инъекции инсулина короткого действия или аналога инсулина ультракороткого действия до приема пищи.

Инъекции инсулина короткого действия и аналога инсулина ультракороткого действия лучше всего делать в подкожную клетчатку живота, инсулина средней продолжительности и длительного действия — бедер или ягодиц.

Области инъекций, выбранные для введения инсулина короткого и продленного действия, должны быть стандартизованы по времени суток для предотвращения колебаний гликемии.

Для предупреждения липодистрофий рекомендуется ежедневно менять места введения инсулина в пределах одной области.

Инъекции инсулина рекомендуется делать в подкожную клетчатку через широко взятую складку кожи под углом 45° или, если толщина подкожно-жирового слоя превышает длину иглы, — под углом 90° .

Флаконы с инсулином или шприц-ручки, которые используются для ежедневных инъекций, могут храниться при комнатной температуре в течение 1 месяца; перед введением инсулин должен иметь комнатную температуру.

Инсулины средней продолжительности действия и готовые смеси инсулина следует тщательно перемешать перед введением [1, с. 11].

При лечении сахарного диабета 2 типа необходимо обратить внимание на питание пациентов, их физическую активность, им назначают сахароснижающие препараты.

Питание должно быть частью терапевтического плана и способствовать достижению метаболических целей при любом варианте лекарственной терапии, снижающей уровень глюкозы. В то же время, поскольку питание является важным компонентом образа жизни и оказывает сильное влияние на качество жизни, при формировании рекомендаций по питанию следует учитывать личные предпочтения.

В общем, речь идет не о строгих диетических ограничениях, которые трудно реализовать на долгосрочной основе, а о постепенном формировании стиля питания, отвечающего современным терапевтическим целям.

Всем пациентам с избыточным весом и ожирением рекомендуется ограничить калорийность рациона, чтобы умеренно снизить массу тела. Это оказывает положительный эффект в отношении гликемического контроля, липидов и артериального давления, особенно в ранний период заболевания. Достижение снижения массы тела наиболее эффективно при одновременном использовании физических нагрузок и обучающих программ.

Резкие, нефизиологические диетические ограничения и голодание противопоказаны.

Не существует идеального процентного соотношения калорий из белков, жиров и углеводов для всех пациентов с сахарным диабетом. Рекомендации формируются на основе анализа актуального образца питания и метаболических целей.

Как правило, необходимо максимальное ограничение жиров (прежде всего животного происхождения) и сахаров для снижения массы тела; умеренное ограничение (в размере половины привычной порции) — продуктов, состоящих преимущественно из сложных углеводов (крахмалов) и белков; неограниченное потребление — продуктов с минимальной калорийностью (в основном богатых водой и клетчаткой овощей).

Учет потребления углеводов важен для достижения хорошего гликемического контроля. Если пациент с сахарным диабетом 2 типа получает инсулин короткого действия, оптимальным подходом является обучение подсчету углеводов по системе «хлебных единиц». В других случаях может быть достаточно практически-ориентированной оценки.

С точки зрения общего состояния здоровья, следует рекомендовать потребление углеводов в составе овощей, цельнозерновых, молочных продуктов, в отличие от других источников углеводов, содержащих дополнительно насыщенные или трансжиры, сахара или натрия. Также важно

включать в рацион продукты, богатые моно- и полиненасыщенными жирными кислотами (рыба, растительные масла).

Не доказана польза от употребления витаминов в виде препаратов (при отсутствии признаков авитаминоза), антиоксидантов, микроэлементов, а также любых других пищевых добавок растительного происхождения при сахарном диабете.

Приемлемо умеренное потребление некалорийных заменителей сахара.

Употребление алкогольных напитков возможно в размере не более 1 условной единицы для женщин и 2 условных единиц для мужчин в сутки (но не ежедневно) при отсутствии панкреатита, выраженной нейропатии, гипертриглицеридемии, алкогольной зависимости. Одна условная единица соответствует 15 г этанола, или примерно 40 г крепких напитков, или 140 г вина, или 300 г пива. Употребление алкоголя увеличивает риск гипогликемии. Требуется обучение и постоянный контроль знаний о профилактике гипогликемий.

Основа лечения — изменение образа жизни: рациональное питание и повышение физической активности. Мониторинг эффективности сахароснижающей терапии осуществляется каждые 3 месяца. Изменение сахароснижающей терапии при ее неэффективности [1, с. 14].

Терапию пероральными сахароснижающими средствами начинают с приема внутрь метформина.

При неэффективности монотерапии метформином назначают комбинацию лекарственных средств с различными механизмами действия, что усиливает сахароснижающий эффект: к метформину добавляют препарат акарбоза (или глибенкламид, или гликвидон, или гликлазид, или глимепирид, или глипизит и др.).

В настоящее время активно применяются фиксированные комбинации пероральных сахароснижающих средств (метформин и глибенкламид), более удобны в применении и позволяют улучшить компенсацию сахарного диабета.

При развитии диабетической нефропатии, протеинурии или начальной хронической почечной недостаточности рекомендуются препараты акарбоза, гликвидон, гликлазид, репаглинид.

У больных сахарным диабетом пожилого возраста средствами выбора являются акарбоза, гликвидин, гликлазид, репаглинид.

У больных сахарным диабетом с ожирением целесообразно к сахароснижающим средствам присоединять средства для лечения ожирения: орлистат в основные приемы пищи или сибутрамин длительно.

С момента установления диагноза больные сахарным диабетом 2 типа должны быть осведомлены о возможном назначении инсулина с учетом прогрессирующего течения заболевания.

Показания: у лиц с впервые выявленным сахарным диабетом 2 типа; у лиц с анамнезом сахарного диабета 2 типа — при отсутствии достижения индивидуальных целей гликемического контроля на комбинированной терапии другими сахароснижающими препаратами; при наличии противопоказаний к назначению или непереносимости других сахароснижающих препаратов; при кетоацидозе; при необходимости оперативного вмешательства, острых интеркуррентных и обострениях хронических заболеваний, сопровождающихся декомпенсацией углеводного обмена (возможен временный перевод на инсулинотерапию).

Перед плановым переводом больного на инсулинотерапию необходимо: обучить пациента методам самоконтроля; предупредить о возможности гипогликемии, информировать о ее симптомах и методах устранения и профилактики; пересмотреть принципы питания [1, с. 23].

1.4. Профилактика сахарного диабета

Профилактика сахарного диабета любого типа является очень важной частью не только лечения, но и предупреждения развития заболевания при

наследственной предрасположенности, наличии факторов, способствующих развитию сахарного диабета.

Первичная профилактика состоит в рациональном сбалансированном питании, наличии умеренной физической активности, формировании навыков здорового образа жизни, исключении вредных привычек, таких как курение, злоупотребление алкогольными напитками, а также наркомания.

В основу вторичной профилактики входит диспансерное наблюдение у эндокринолога, гигиена труда и отдыха, правильное лечение заболевания.

Профилактическими мерами являются сбалансированное правильное питание, адекватная физическая нагрузка, борьба с гиподинамией, профилактика ожирения и его своевременное лечение. При нарушениях углеводного обмена необходимо исключить из своего рациона легкоусвояемые углеводы (сахар, мучные и кондитерские изделия.) и продукты, содержащие большое количество животного жира. Ограничения в еде должно поддерживаться пожилыми людьми, независимо от тяжести атеросклеротических нарушений, особенно при увеличенной массе тела.

При проведении санитарно-просветительной работы с населением медицинской сестре необходимо объяснить генетическую опасность брака между больными диабетом и людьми, предрасположенными к этому заболеванию.

Профилактика декомпенсации при возникшем сахарном диабете (вторичная профилактика) состоит в неукоснительном соблюдении рационального режима работы и отдыха, исключении эмоционального напряжения, назначении соответствующей диеты, своевременном приеме пищи, адекватном лечении заболевания, посещении эндокринолога.

Пациенты должны находиться под диспансерным наблюдением врачей-эндокринологов. Диспансерный метод заключается в активном выявлении больных сахарным диабетом, особенно на ранней стадии заболевания, систематическом наблюдении и лечении их. Медицинские сестры также активно участвуют в этой работе. Кроме осмотра врачом-эндокринологом

больного обязательно консультирует окулист, невропатолог и другие специалисты. Проводят общий анализ крови, рентгеноскопию (флюорографию) грудной клетки, проверяют сахар крови, холестерин, билирубин, делают анализ мочи, ЭКГ (электрокардиографию) и др. В зависимости от компенсации, осложнений, формы заболевания проводят также гликемический и глюкозурический профили [10].

Проводя анализ теоретических источников по теме организация ухода при сахарном диабете, можно сделать вывод, что сахарный диабет – это заболевание, характеризующееся различной (абсолютной или относительной) инсулиновой недостаточностью и повышением сахара в крови, то есть хронической гипергликемией из-за нарушения секреции или действия инсулина, а также характерна ретинопатия, нефропатия, невропатия.

Также можно сказать, что сахарный диабет 1 типа чаще всего встречается в молодом возрасте и связан с гибелью клеток поджелудочной железы. А сахарный диабет 2 типа обусловлен взаимодействием генетических факторов и факторов окружающей внешней среды. Он связан с нарушением функций клеток поджелудочной железы.

Ожирение, малоподвижный образ жизни, беременность, стрессы, злоупотребление алкоголем, курение, погрешности в диете, инфекции, травмы являются предрасполагающими факторами развития сахарного диабета.

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Исходя из поставленных в дипломной работе задач, в данной главе были изучены статистические данные по заболеванию за определенный период времени; было проведено исследование, которое состояло из четырех этапов. Первым этапом является проведение социологического исследования - анкетирование среди пациентов, страдающих сахарным диабетом. Вторым этапом был анализ полученных результатов с применением статистического, социологического, графического методов, а также с помощью сравнительного анализа. Третьим этапом стало определение основных моментов организации сестринского ухода. Четвертый этап - составление практических рекомендаций (памятки) для пациентов страдающих сахарным диабетом.

2.1. Анализ статистических данных заболеваемости взрослого населения сахарным диабетом в Белгородской области

В данном параграфе предоставлены статистические данные общей заболеваемости взрослого населения сахарным диабетом по Белгородской области за период 2015-2017 года (Таблица 1, Рис. 1). Данные были взяты на сайте Белгородского медицинского информационно-аналитического центра.

Таблица 1.

Статистические данные по сахарному диабету

1	2	3	4
Год	2015 (количество человек)	2016 (количество человек)	2017 (количество человек)
Сахарный диабет	55524	58258	58134

	1	2	3	4
Инсулинозависимый		3471	3628	3818
Инсулиннезависимый		50647	53201	54316

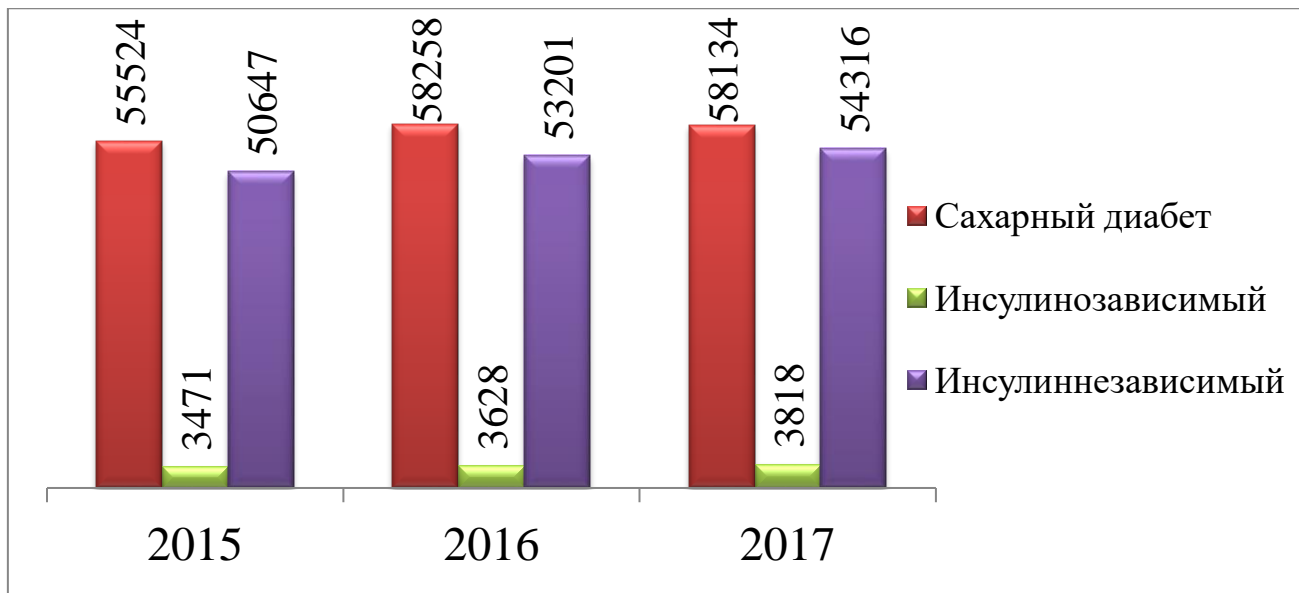


Рис. 1. Статистика заболеваемости сахарным диабетом за 2015-2017 гг.

В таблице 1, на рисунке 1 показана динамика заболеваемости взрослого населения сахарным диабетом, как 1 типа – инсулинозависимого сахарного диабета, так и 2 типа – инсулиннезависимого, на период с 2015 года по 2017 год в Белгородской области.

Анализируя эти данные, можно сделать вывод, что с каждым годом растет заболеваемость взрослого населения сахарным диабетом. При этом увеличивается число больных инсулинозависимым сахарным диабетом (1 тип) и инсулиннезависимым сахарным диабетом (2 тип).

2.2. Анализ анкетных данных пациентов с сахарным диабетом

В анкетировании приняли участие 30 респондентов – это пациенты ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа». Анкета состояла из 17 вопросов. Анкета для исследования представлена в

Приложении 2. На основании изученных данных по анкетированию пациентов с сахарным диабетом, мы исследовали следующие вопросы.

Первый вопрос анкеты – это пол респондентов. Изучив данную диаграмму, нами выяснено, что 53% - это пациенты мужского пола, а 47% - женского пола (Рис. 2).

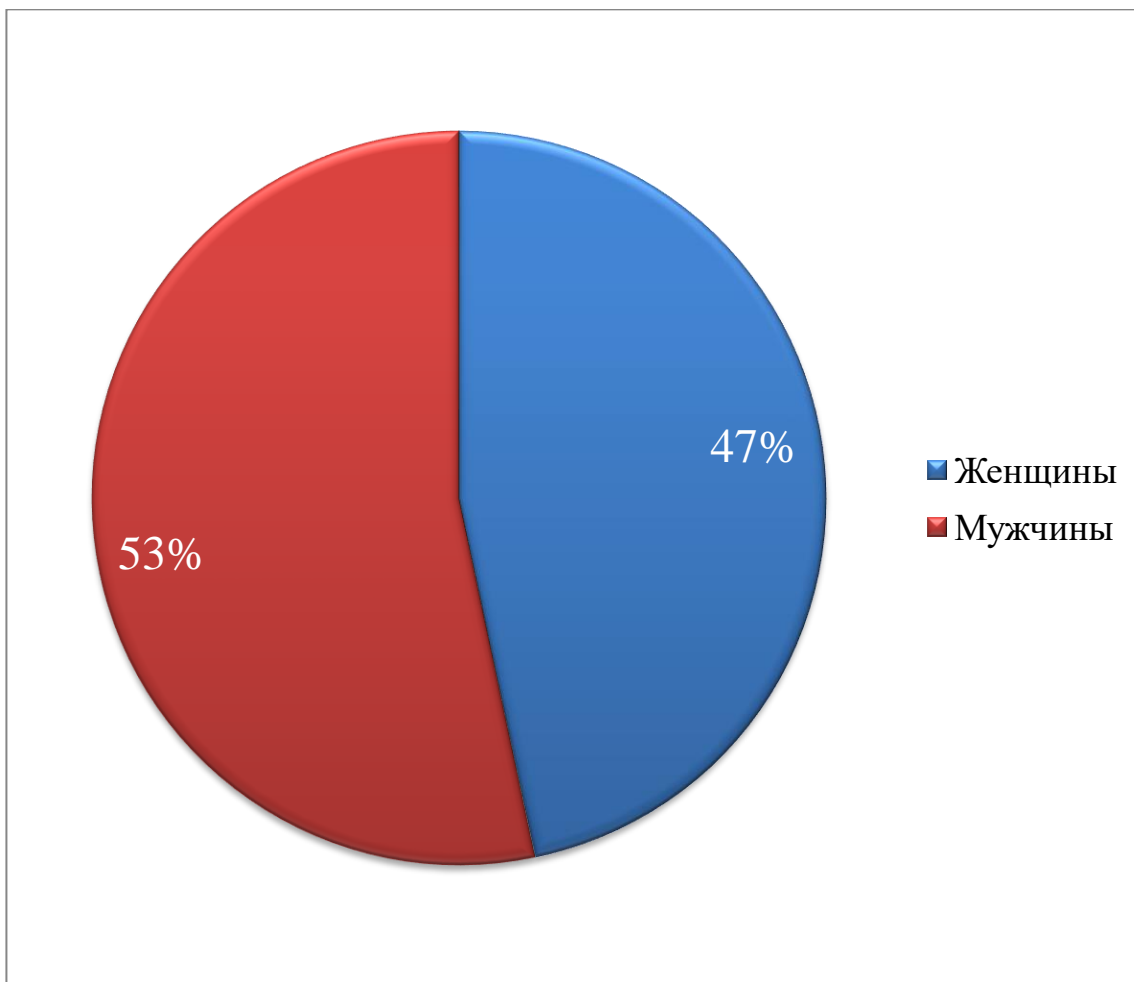


Рис. 2. Пол пациентов

Можно сделать вывод, что мужчин, имеющих диагноз сахарный диабет, несколько больше, чем женщин, страдающих данным заболеванием.

На второй вопрос анкеты, где предстояло выяснить возраст пациентов, 10% респондентов ответили, что им меньше 25 лет, 33% - от 26 до 60 лет и 57% ответили, что они старше 61 года (Рис. 3).

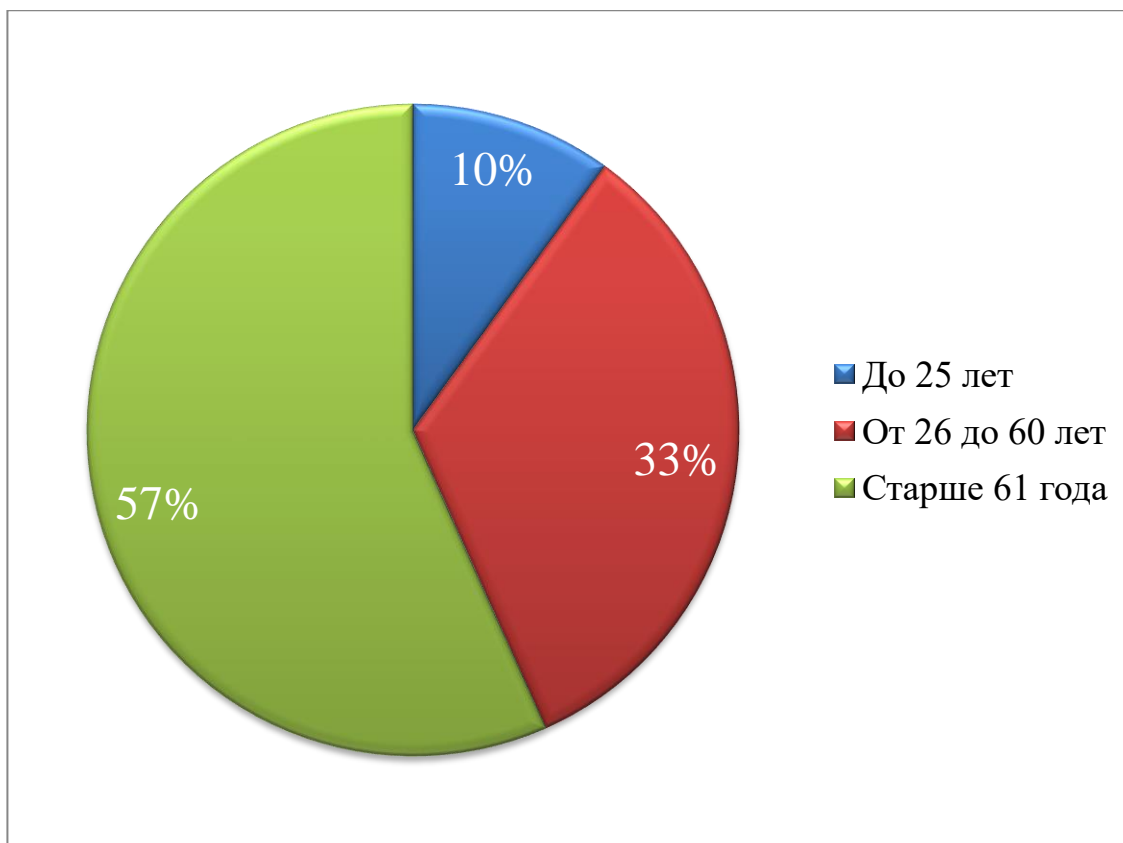


Рис. 3. Возраст пациентов

Как мы видим, больше половины пациентов, страдающих сахарным диабетом, старше 61 года, что говорит о предрасположенности к сахарному диабету людей старшего возраста.

В следующих двух вопросах респондентам предлагалось написать, какой у них рост и вес. Это было необходимо, чтобы вычислить их индекс массы тела и установить соответствие с возникновением у них сахарного диабета, так как при повышенной массе тела выше риск возникновения этого заболевания. В результате расчетов, было выяснено, что индекс массы тела (ИМТ) до 25 имеют 20% опрошенных, что соответствует норме, 40% респондентов имеют лишний вес, их ИМТ составил от 25 до 30, у 27% - 1 степень ожирения и у 13% опрошенных индекс массы тела составил от 35 до 40, что соответствует 2 степени ожирения (Рис. 4).

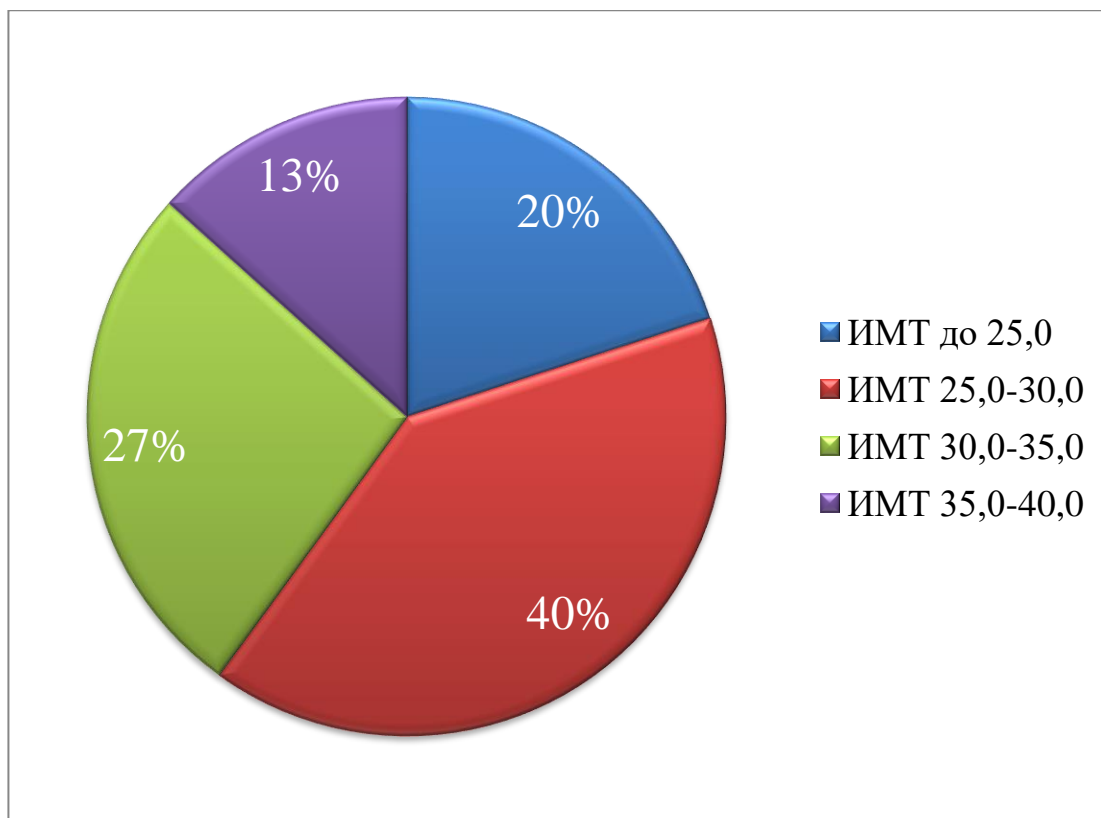


Рис. 4. Индекс массы тела респондентов

На вопрос: «Сахарный диабет какого типа у Вас?» 20% пациентов ответили, что у них инсулинозависимый сахарный диабет, то есть сахарный диабет 1 типа и 80% респондентов ответили 2 тип (Рис. 5).

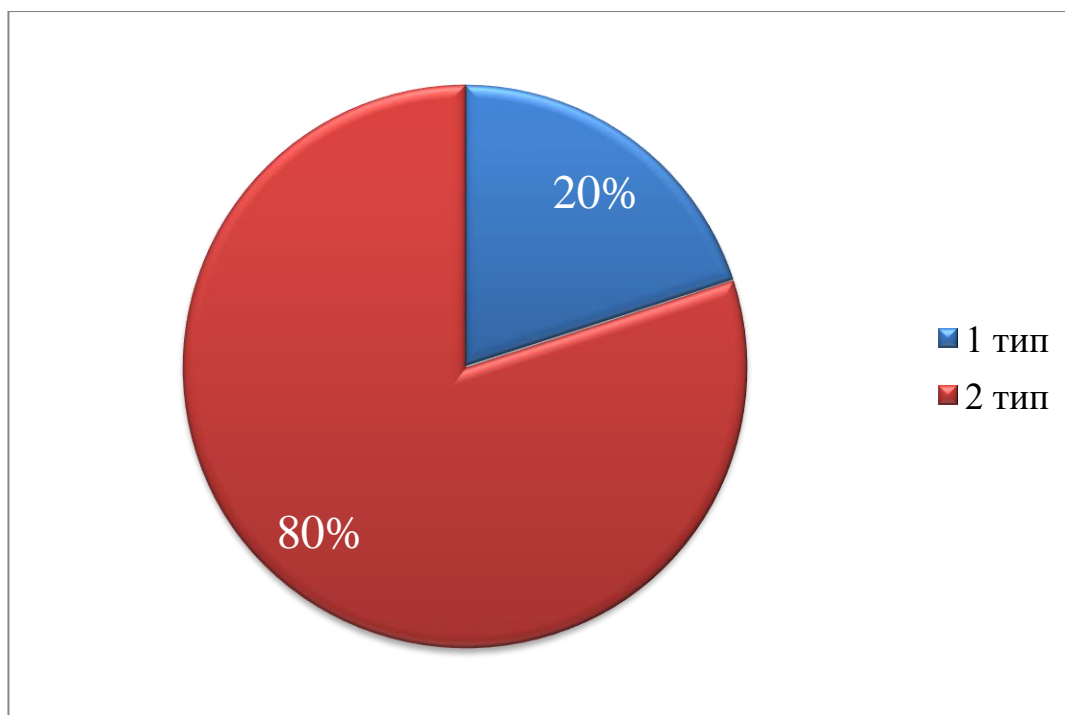


Рис. 5. Тип сахарного диабета респондентов

Данная диаграмма наглядно показывает, что сахарный диабет 2 типа, инсулиннезависимый сахарный диабет, встречается намного чаще, чем инсулинозависимый сахарный диабет.

На вопрос, знают ли респонденты причины возникновения сахарного диабета, 70% опрошенных ответили, что знают причины его возникновения и 30% ответили, что не знают этих причин (Рис. 6).

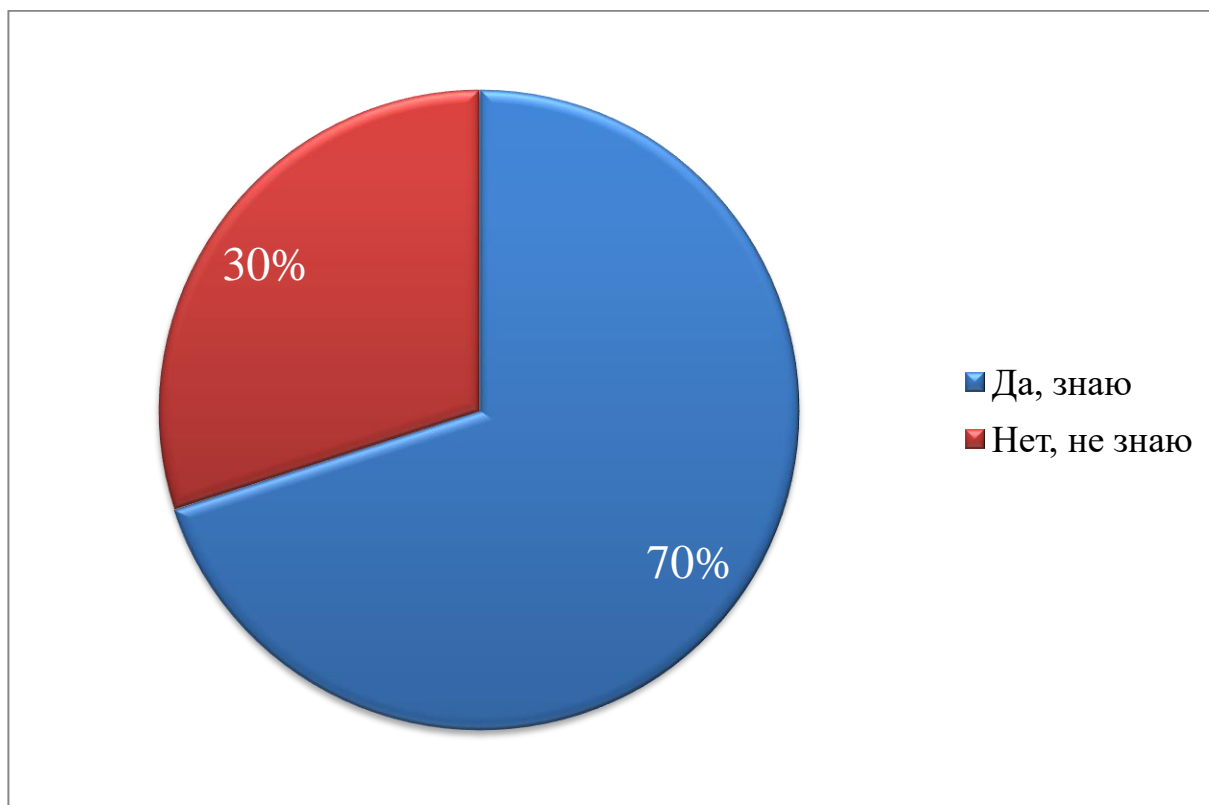


Рис. 6. Информированность респондентов о причинах возникновения сахарного диабета

Исходя из данной диаграммы, можно сделать вывод, что люди нуждаются в проведении с ними беседы о причинах возникновения сахарного диабета.

На основании следующего вопроса нами была получена информация о том, откуда респонденты узнали о заболевании сахарный диабет. 56% отметили участковая медсестра, 27% - СМИ и интернет и 17% - ближайшее окружение (Рис. 7).

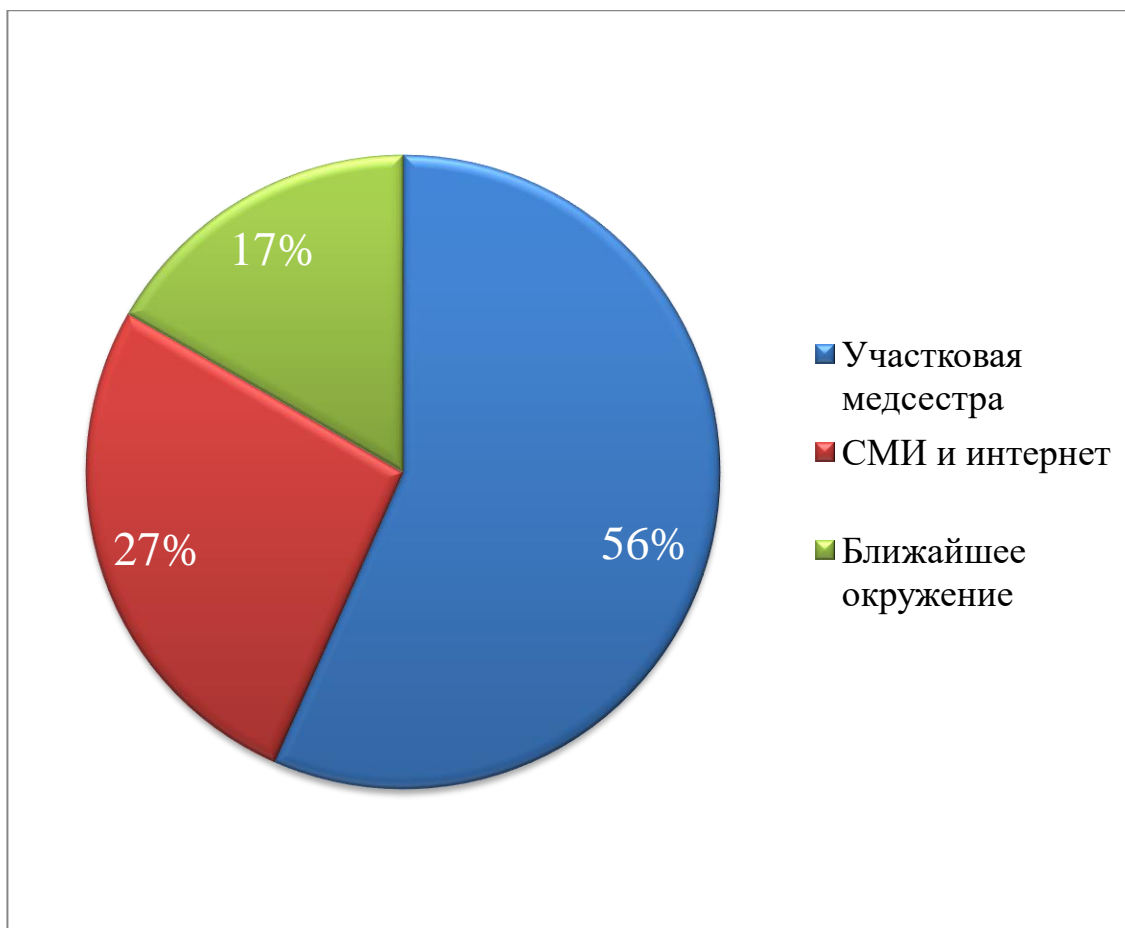


Рис. 7. Источники информации о заболевании

Данная диаграмма свидетельствует о том, что большинство респондентов получают информацию от медицинских работников поликлиники, участковых медицинских сестер, но в связи с их занятостью, медицинский персонал рекомендует обращаться к источникам СМИ и интернета. Не малую роль оказывает общение с родственниками о заболевании, это положительно сказывается на информированности пациентов.

На вопрос: «При предрасположенности к сахарному диабету знаете ли Вы пути по снижению его развития (его профилактики)?» 57% респондентов ответили, что знают профилактику сахарного диабета, 43% пациентов ответили, что не знают путей по снижению его развития (Рис. 8).

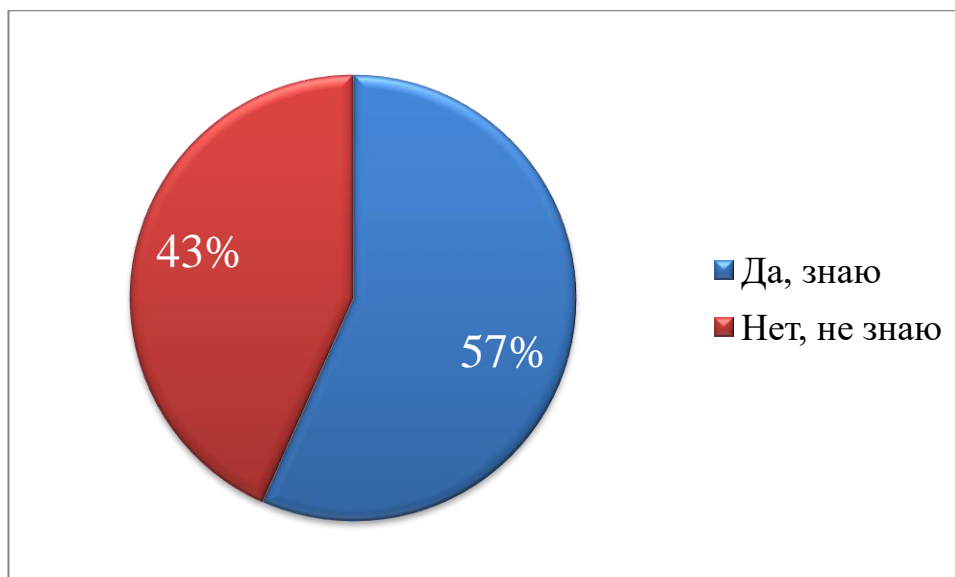


Рис. 8. Информированность пациентов с сахарным диабетом о профилактике заболевания

Как мы видим из данной диаграммы, 43% респондентов не знают путей по снижению развития сахарного диабета, а это достаточно много. Профилактика сахарного диабета у пациентов с этим заболеванием очень важна, так как она снижает риски возникновения различных осложнений.

В следующем вопросе респондентам предлагалось ответить, было ли у их родственников данное заболевание. 60% ответили, что их родственники страдали данным заболеванием, а 40% родственников респондентов не страдали этим заболеванием (Рис. 9).

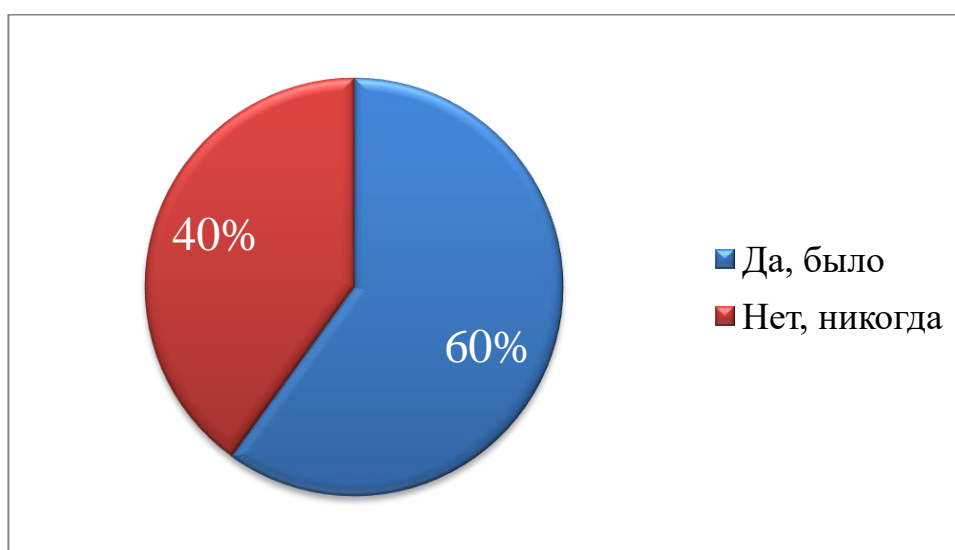


Рис. 9. Наследственная предрасположенность к сахарному диабету

Исходя из данных диаграммы, можно с уверенностью сказать, что сахарный диабет – это наследственное заболевание и, в большинстве случаев, наличие данного заболевания можно найти у ближайших родственников. Поэтому необходима его тщательная профилактика еще в раннем детстве у детей и близких, у человека предрасположенного к сахарному диабету. Необходимо брать с собой близких и детей на занятия в школах диабета.

На основании следующего вопроса предстояло установить, часто ли пациенты с сахарным диабетом посещают врача-эндокринолога. 36% респондентов ответили, что посещают эндокринолога больше 2 раз в год, 27% ответили, что посещают 2 раза в год, столько же респондентов посещают врача-эндокринолога 1 раз в год, 7% - очень редко и 3% не посещают никогда (Рис. 10).

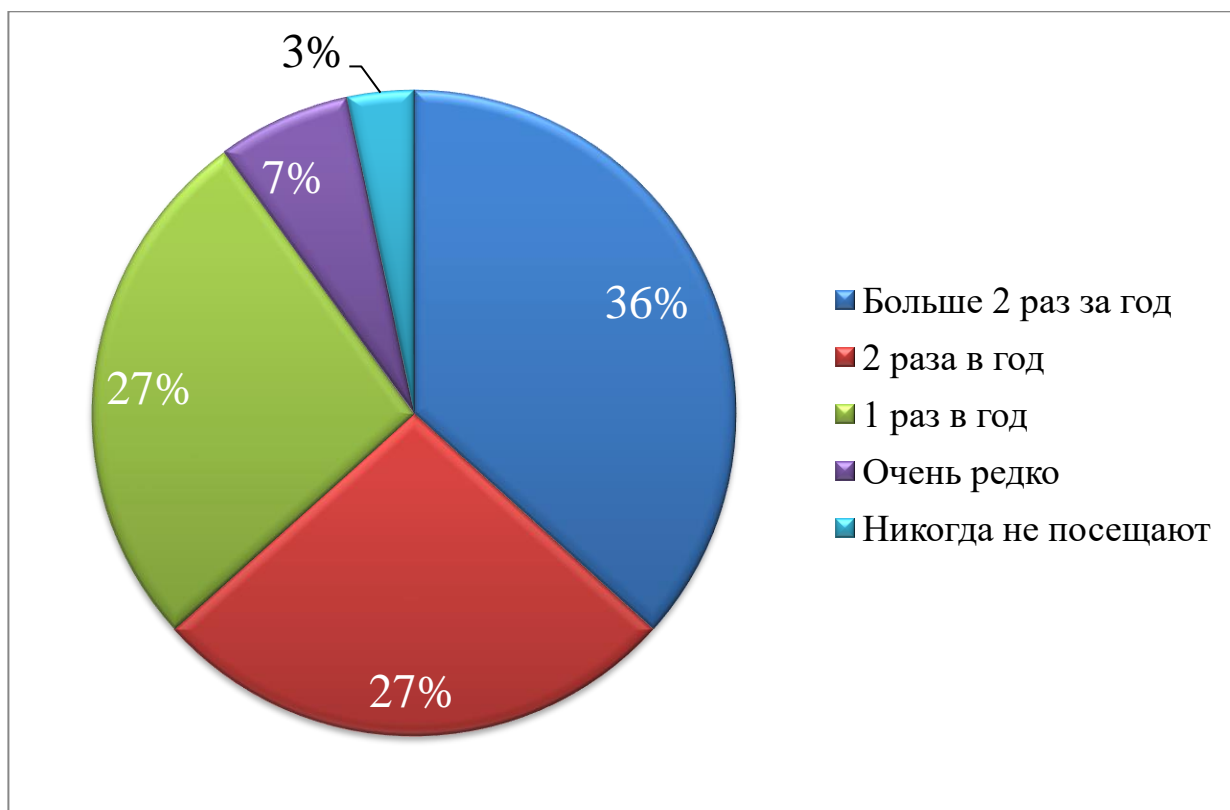


Рис. 10. Частота посещения врача-эндокринолога

Можно сделать вывод, что большинство пациентов посещают врача-эндокринолога часто, а это снижает возможное возникновение осложнений, ведь пациент находится под диспансерным наблюдением. Для остальных

необходимо провести беседу о важности посещения эндокринолога чаще, чем 2 раза в год.

В следующем вопросе анкеты необходимо было узнать об уровне физической активности пациентов, присутствуют ли в их образе жизни прогулки, велоспорт, плавание и любая другая физическая активность. 53% пациентов занимаются легкой физической нагрузкой, 23% занимаются умеренной физической нагрузкой, у 7 % респондентов в образе жизни присутствует интенсивный спорт, а у 17% вообще нет физической нагрузки (Рис. 11).

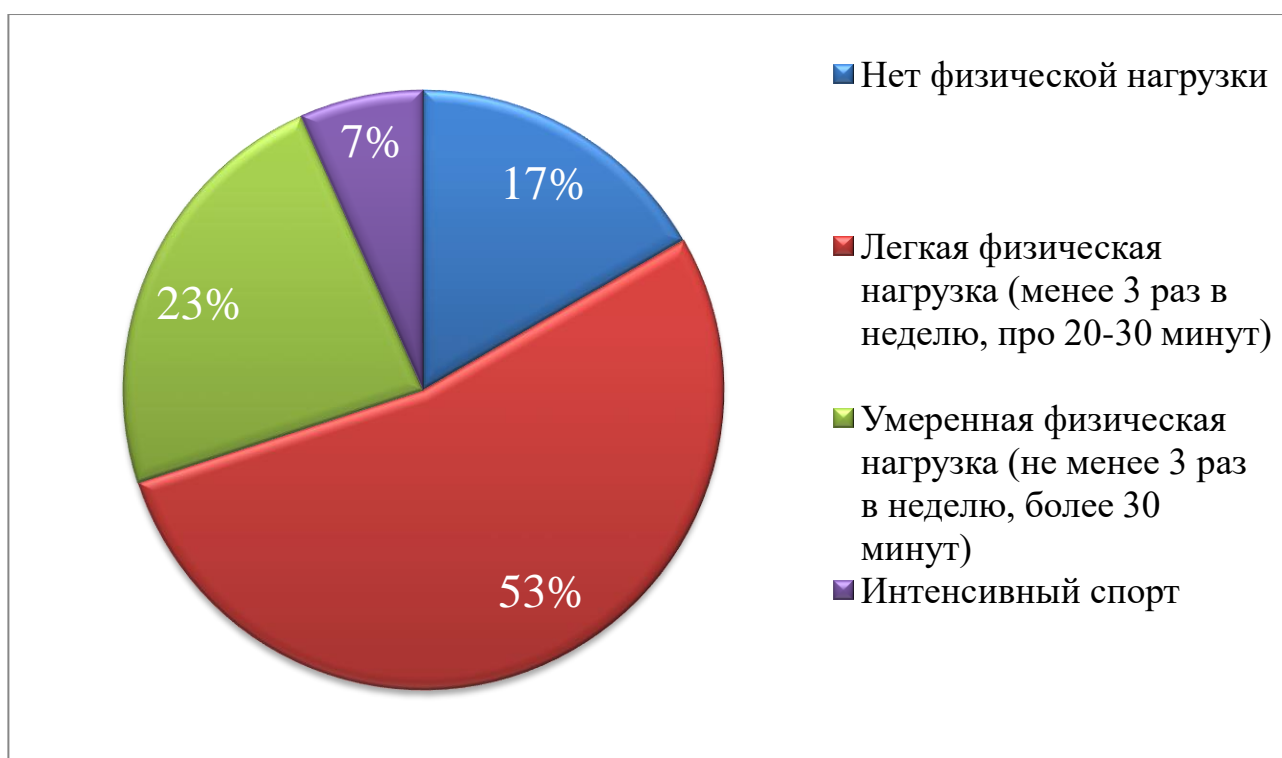


Рис. 11. Уровень физической активности пациентов

Из данных диаграммы видно, что большинство респондентов занимаются легкой и умеренной физической нагрузкой. Под влиянием этих нагрузок происходит усиленное сжигание глюкозы, стимуляция метаболизма, сжигание избыточного жира, нормализация кровяного давления, усиление чувствительности к инсулину, нормализация липидного обмена. Вся эта положительная динамика появляется только при регулярных физических нагрузках. Но, несмотря на то, что у большинства имеется физическая нагрузка,

есть и те, у которых нет физической активности, а это может отрицательно сказаться на их состоянии здоровья.

На вопрос: «Какими бы Вы физическими нагрузками хотели заниматься?» 63% пациентов выбрали кардионагрузку, а 37% респондентов хотели бы, чтобы это были силовые упражнения (Рис. 12).



Рис. 12. Какими бы физическими нагрузками хотели заниматься пациенты с сахарным диабетом

Исходя из данных диаграммы видно, что больше половины респондентов предпочли бы кардионагрузку. Хотя для пациентов с сахарным диабетом самыми эффективными и являются упражнения, направленные на тренировку сердечно-сосудистой системы, о силовых тренировках не стоит забывать. Рекомендуется совмещать аэробные и анаэробные упражнения, а еще лучше чередовать их по дням.

В следующем вопросе респондентам предлагалось ответить, знают ли они как необходимо питаться при сахарном диабете. 50% респондентов ответили, что частично осведомлены о питании при сахарном диабете, 20% - знают полностью о питании при сахарном диабете и 30% ничего не знают о питании (Рис. 13).

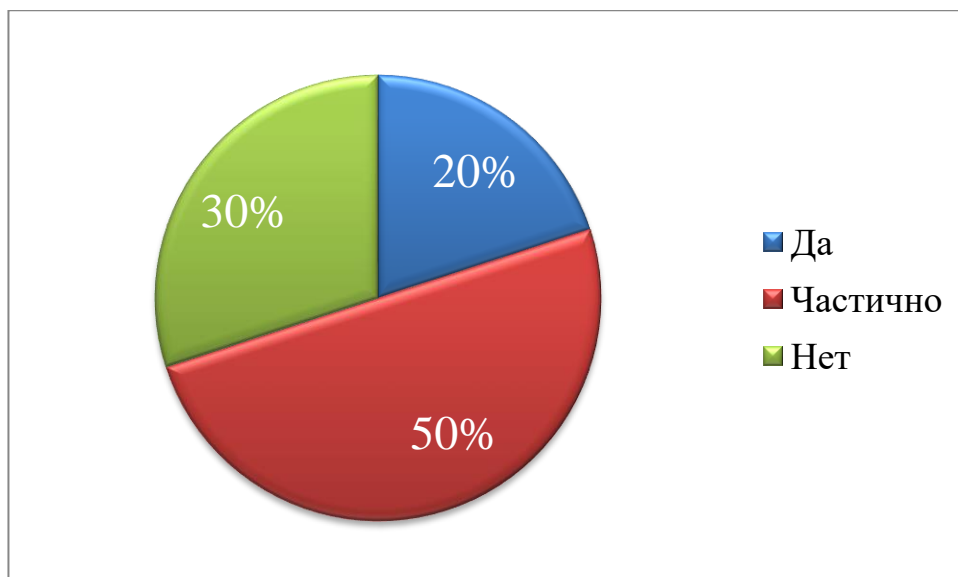


Рис. 13. Знают ли респонденты о питании при сахарном диабете

Можно сделать вывод, что всего одна пятая пациентов с сахарным диабетом осведомлены в полном объеме о своем питании, остальные пациенты либо частично, либо вовсе не знают как питаться при данном заболевании. В связи с этим необходимо провести беседу с пациентами на тему питания при сахарном диабете.

На вопрос часто ли респонденты нарушают диету прописанную им 67% пациентов с сахарным диабетом ответили, что часто нарушают прописанную им диету и 33% ответили, что редко нарушают диету (Рис. 14).

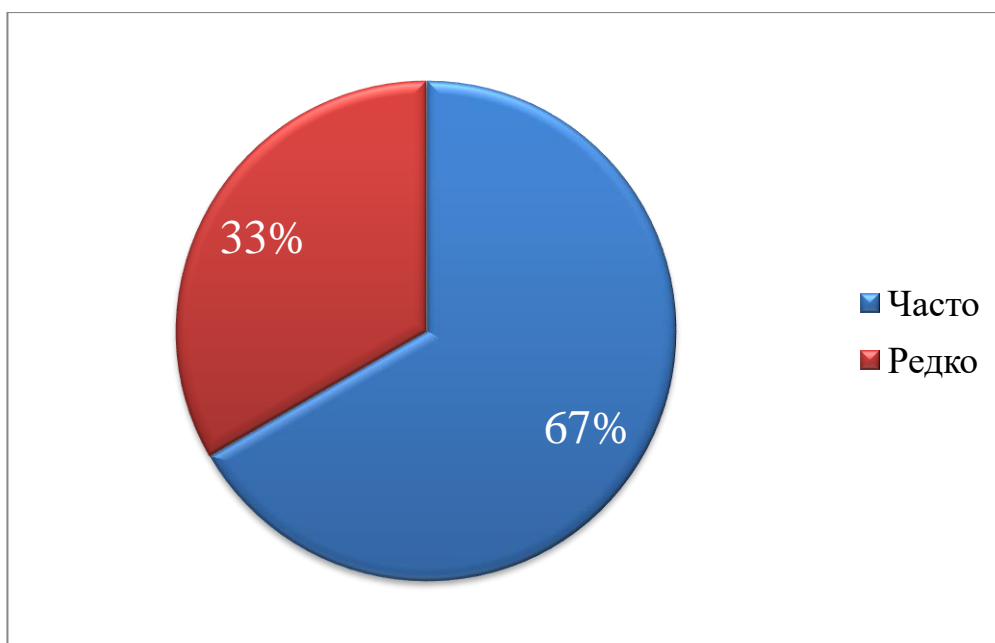


Рис. 14. Нарушение диеты

Из данных диаграммы видно, что большинство людей часто нарушают диету, прописанную им. Это может негативно сказаться на их состоянии здоровья, а также может привести к такому осложнению, как гипергликемическая кома и ряду других осложнений.

В следующем вопросе нам предстояло выяснить, умеют ли респонденты рассчитывать свой рацион по системе «хлебных единиц». 40% пациентов с сахарным диабетом ответили, что умеют рассчитывать свой рацион по системе «хлебных единиц», а 60% ответили, что не умеют (Рис. 15).

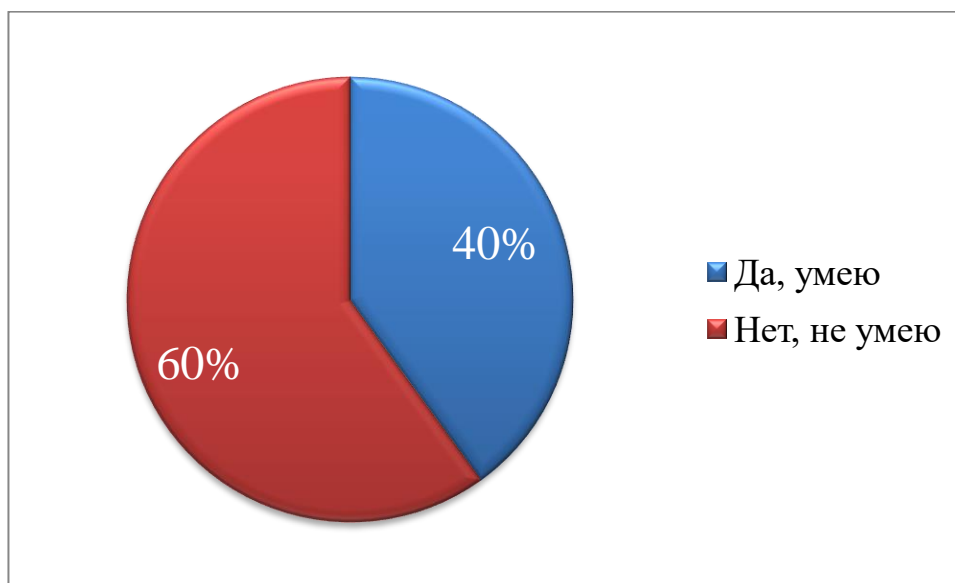


Рис. 15. Умеют ли респонденты рассчитывать свой рацион по системе «хлебных единиц»

Из данной диаграммы можно сделать вывод, что больше половины пациентов с сахарным диабетом не умеют рассчитывать свой рацион по системе «хлебных единиц». При лечении сахарного диабета значительную роль играет питание, а следовательно и подсчет хлебных единиц, ведь от этого зависит доза применяемого для данного пациента инсулина.

На вопрос: «Есть ли у Вас осложнения со стороны других органов?» (можно было выбрать несколько вариантов ответа) 25% респондентов ответили, что у них имеется ухудшение зрения, 14% респондентов имеют артериальную гипертензию, у 12% пациентов с сахарным диабетом наблюдается атеросклероз, у 18% респондентов – почечная недостаточность, 23%

респондентов имеют диабетическую стопу и лишь у 8% пациентов с сахарным диабетом не наблюдается никаких осложнений или пока не выявлено (Рис. 16).



Рис. 16. Осложнения со стороны других органов

Исходя из этого, можно сделать вывод, что почти у всех пациентов с сахарным диабетом имеются осложнения. Самое частое осложнение – это ухудшение зрения, затем диабетическая стопа. Чтобы данных осложнений избежать необходима профилактика еще с раннего детства. При предрасположенности к сахарному диабету, наличии родственников с данным заболеванием, наличии лишнего веса необходимо обратиться к эндокринологу, он назначит прохождение анализов для выявления данного заболевания.

В следующем вопросе респондентам предлагалось ответить, какую информацию они бы хотели получить про данное заболевание. 57% пациентов с сахарным диабетом хотели бы узнать про питание при данном заболевании, 23% респондентов хотели бы узнать про физические нагрузки при сахарном диабете и 20% - об уходе за кожей и слизистыми оболочками при сахарном диабете (Рис. 17).



Рис. 17. О чем бы респонденты хотели узнать больше

Из данных диаграммы видно, что больше половины пациентов с сахарным диабетом хотели бы узнать про питание при данном заболевании. На основании данного исследования была составлена памятка на тему питания при сахарном диабете (Приложение 3)

2.3. Практические рекомендации пациентам с сахарным диабетом

Опираясь на результаты проведенного исследования, мы видим, что многих заинтересовала информация об основных принципах питания при сахарном диабете, поэтому с целью снижения рисков возникновения осложнений у пациентов, нами была разработана памятка на тему: «Питание при сахарном диабете», в которой в доступной форме описывается предпочтительное питание при данном заболевании, продукты, которые необходимо употреблять, основные правила питания (Приложение 3).

Также были даны рекомендации. Ежедневно контролировать уровень глюкозы в крови. Сдавать анализы крови и мочи на сахар раз в полгода в поликлинике, получать своевременное лечение. Очень важен режим питания; соотношение белков, жиров и углеводов; нельзя голодать, это может

спровоцировать гипогликемический приступ, который приводит к резкому ухудшению состояния. Рекомендуется соблюдать распорядок дня, позволяющий вести активный образ жизни, не переедать, заниматься умеренной физической нагрузкой. При данном заболевании ноги – уязвимая часть тела, которой необходим дополнительный уход, для этого можно использовать удобную обувь, предотвращающую появление потертостей и мозолей, плохо заживающих при сахарном диабете. Необходимо избегать вредных привычек, являющихся факторами риска развития осложнений и сопутствующих заболеваний.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В данной дипломной работе была рассмотрена организация сестринского ухода при сахарном диабете. В организации сестринского ухода важную роль играет средний медицинский персонал, а именно медицинская сестра. Ведь она выполняет такие обязанности, как контроль за уровнем глюкозы; производит измерение артериального давления, пульса, температуры, суточного диуреза; контролирует прием лекарственных препаратов; вводит инсулин; выполняет предписания врача; создает комфортную среду в палате; производит смену белья лежачим пациентам; контролирует питание и соблюдение диеты; обрабатывает кожные покровы при наличии трещин и незаживающих ран на теле, стопах; очищает ротовую полость пациента с сахарным диабетом, проводя профилактику стоматита; заботится об эмоциональном спокойствии пациента.

Неотъемлемой частью профессии медицинской сестры является санитарно-просветительная работа с населением. Медсестра обязана проводить беседы на различные темы: формирование здорового образа жизни, уменьшение риска возникновения заболевания при наследственной предрасположенности основные вопросы ухода, профилактика осложнений сахарного диабета, питание при данном заболевании и физическая активность пациентов.

Правильно организованный сестринский уход играет особую роль и имеет положительный эффект при организации лечебного процесса.

При изучении особенностей сестринского ухода, мы провели теоритический анализ литературы и периодических изданий по теме работы. Провели анализ статистических данных по заболеваемости взрослым населением сахарным диабетом за определенный период времени для выявления осведомленности о своем заболевании, основных потребностей и проблем пациентов с сахарным диабетом.

На основании проведенного исследования мы сделали следующие выводы: пациентов мужского пола, страдающих сахарным диабетом,

незначительно больше, чем женского, чаще всего это люди старше 61 года, которые имеют лишний вес. Сахарный диабет 2 типа (инсулиннезависимый) встречается намного чаще, чем сахарный диабет 1 типа (инсулинозависимый). Так же, было выяснено, что некоторые пациенты не знают причин возникновения данного заболевания. Почти половина пациентов не знают профилактики сахарного диабета. Из данного опроса было выяснено, что у многих пациентов с данным заболеванием имеются родственники с сахарным диабетом, что подтверждает наследственную предрасположенность к сахарному диабету. Почти все респонденты посещают эндокринолога хотя бы раз в год, и лишь малая часть делает это редко или же не посещает вовсе. Было выяснено, что многие пациенты ведут активный образ жизни, и большинство предпочли бы заниматься кардионагрузками (бег, ходьба, велоспорт, лыжи, гребля). Так же, выяснено, что треть пациентов не осведомлены о питании при сахарном диабете, и треть нарушают диету, прописанную им. Так же, большинство не умеет рассчитывать свой рацион по системе «хлебных единиц». Почти у всех пациентов с сахарным диабетом наблюдаются осложнения, такие как ухудшение зрения, артериальная гипертензия, атеросклероз, почечная недостаточность, диабетическая стопа. Больше половины пациентов захотели больше узнать о питании при сахарном диабете.

С целью снижения рисков возникновения осложнений у пациентов, была разработана памятка на тему: «Питание при сахарном диабете», в которой в доступной форме описываются основные правила питания при данном заболевании (Приложение 3).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом [Электронный ресурс] : руководство / под редакцией И.И. Дедова, М. В. Шестаковой - 7-й выпуск – Москва : 2015. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/algoritmy-spetsializirovannoy-meditsinskoy-pomoschi-bolnym-saharnym-diabetom-pod-redaktsiey-i-i-dedova-m-v-shestakovoy-7-y-vypusk>
2. Белоусова, О.Н. Прогнозирование риска развития осложнений у больных сахарным диабетом 2 типа [Текст] : учеб.-метод. пособие / О.Н. Белоусова, О.А. Осипова, М.И. Чурносков, К.И. Прощаев. – Белгород : ИД «Белгород» НИУ «БелГУ», 2017. – 56 с.
3. Бокарев, И.Н. Внутренние болезни: дифференциальная диагностика и лечение [Текст] : учебник / И.Н. Бокарев, Л.В. Попова – М. : Медицинское информационное агентство, 2015. – 776 с.
4. Вёрткин, А.Л. Сахарный диабет [Текст] : руководство для практических врачей / А.Л Вёрткин – Москва : Эксмо, 2015. – 77 с.
5. Дедов, И.И. Эндокринология [Электронный ресурс] : учебник / И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко, В. В. Фадеев - М. : Литтерра, 2015. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423501594.html>
6. Жернакова, Н.И. Актуальные вопросы внутренних болезней [Текст] : учеб. пособие / Н.И. Жернакова, Т. Ю. Лебедев. – Белгород : ИД «Белгород» НИУ «БелГУ», 2017. – 96 с.
7. Лычев, В.Г. Сестринский уход в терапии. Участие в лечебно-диагностическом процессе : учебник [Электронный ресурс] / Лычев В.Г., Карманов В.К. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970447246.html>
8. Мухин, Н. А. Пропедевтика внутренних болезней [Электронный ресурс] / Н. А. Мухин, В. С. Моисеев - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970427699.html>

9. Скворцов, В.В. Клиническая эндокринология. Краткий курс [Текст] / В.В. Скворцов, А.В. Тумаренко – Санкт-Петербург : СпецЛит, 2015. – 103 с.

10. Федюкович, Н.И. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник / Н.И. Федюкович - Ростов н/Д : Феникс, 2018. - (Среднее медицинское образование). - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222301227.html>

ПРИЛОЖЕНИЯ

Диета для пациентов с сахарным диабетом

Общая характеристика: снижено содержание углеводов и жиров. Исключены сахар и сладости. Умеренно ограничено содержание поваренной соли, холестерина, экстрактивных веществ. Увеличено содержание липотропных веществ, витаминов, пищевых волокон (творог, нежирные мясо и рыба, морепродукты, овощи, крупы из цельного зерна, хлеб из муки грубого помола). Предпочтительны вареные и запеченные блюда. Для сладких блюд и напитков - заменители сахара.

Режим питания: 5-6 раз в день с равномерным распределением углеводов.

Исключают: изделия из сдобного и слоеного теста, крепкие жирные бульоны, молочные с манной крупой, рисом, лапшой, жирные сорта мяса и рыбы, утку, гуся, пряности, копчености, солености, колбасы, консервы, виноград, изюм, бананы, инжир, финики, сахар и изделия из него, жирные и острые соусы, сладкие соки.

Анкетирование

Мы выражаем Вам искреннюю благодарность за то, что Вы согласились ответить на вопросы данной анкеты и уделили этому свое время. Анкетирование проводится студенткой Медицинского колледжа НИУ БелГУ.

Обращаем Ваше внимание на то, что проводимое анкетирование является анонимным. Убедительная просьба - отвечайте на вопросы предельно искренне, так как от этого зависят результаты исследования.

Социологический опрос пациентов с сахарным диабетом.

1. Укажите Ваш пол:
 - a) женский;
 - b) мужской.
2. Ваш возраст:
 - a) до 25 лет;
 - b) от 26 лет до 60 лет;
 - c) старше 61 года.
3. Ваш рост _____.
4. Ваш вес _____.
5. Сахарный диабет какого типа у Вас?
 - a) 1 типа;
 - b) 2 типа.
6. Знаете ли Вы причины возникновения сахарного диабета?
 - a) да, знаю;
 - b) нет, не знаю.
7. Откуда Вы узнали о таком заболевании, как сахарный диабет?
 - a) участковая медсестра;
 - b) СМИ и интернет;
 - c) ближайшее окружение.

8. При предрасположенности к сахарному диабету знаете ли Вы пути по снижению его развития (его профилактики)?
- a) да, знаю;
 - b) нет, не знаю.
9. Было ли у Ваших родственников данное заболевание?
- a) да, было;
 - b) нет, никогда.
10. Часто ли Вы посещаете врача-эндокринолога?
- a) больше 2 раз за год;
 - b) 2 раза в год;
 - c) 1 раз в год;
 - d) очень редко;
 - e) никогда не посещаю.
11. Уровень Вашей физической активности (прогулки, ходьба, упражнения на различные группы мышц, езда на велосипеде, плавание):
- a) нет физической нагрузки;
 - b) легкие физические нагрузки (менее 3 раз в неделю, по 20-30 минут);
 - c) умеренные физические нагрузки (не менее 3 раз в неделю, более 30 минут);
 - d) интенсивный спорт.
12. Какими бы Вы физическими нагрузками хотели заниматься?
- a) кардио упражнения (бег, ходьба, велоспорт, лыжи, гребля);
 - b) силовые упражнения (упражнения с гантелями, штангой, планка).
13. Знаете ли Вы как необходимо питаться при сахарном диабете?
- a) да;
 - b) частично;
 - c) нет.
14. Часто ли Вы нарушаете диету, прописанную Вам?
- a) часто;
 - b) редко.

15. Умеете ли Вы рассчитывать свой рацион по системе «хлебных единиц»?
- a) да, умею;
 - b) нет, не умею.
16. Выберите один или несколько вариантов ответов. Есть ли у Вас осложнения со стороны других органов?
- a) есть, ухудшение зрения;
 - b) есть, артериальная гипертензия;
 - c) есть, атеросклероз;
 - d) есть, почечная недостаточность;
 - e) есть, диабетическая стопа;
 - f) нет никаких осложнений.
17. Какую информацию Вы бы хотели получить про данное заболевание?
- a) питание при сахарном диабете;
 - b) физические нагрузки при сахарном диабете;
 - c) уход за кожей и слизистыми оболочками при сахарном диабете.

Питание при сахарном диабете

Диабет – это группа заболеваний, общим признаком которых является нарушение обмена углеводов.

Когда человек съедает избыточное количество калорий и жиров, его организм начинает повышать уровень сахара. Если не контролировать глюкозу крови, это может привести к серьезным проблемам. Для большинства пациентов рациональное питание позволяет снизить избыточный вес.

Нужно ограничить употребление высококалорийных продуктов, таких как сладости, торты, сахар, фруктовые соки, шоколад – то есть необходимо соблюдать низкоуглеводную диету. Одним из способов уменьшения количества потребляемых калорий является уменьшение размеров порций.

Жиры содержат самое большое количество энергии по сравнению с другими группами продуктов. Употребление слишком большого их количества может стать причиной увеличения веса. Но организму человека определенные типы жиров необходимы для хорошего здоровья.

Насыщенные жиры. Важно ограничить употребление продуктов, богатых насыщенными жирами: жирное мясо, молоко, масло, сыр, пальмовое масло, кокосовое молоко и сливки.

Полиненасыщенные и мононенасыщенные жиры. Употребление небольших количеств этих жиров может обеспечить поступление в организм необходимых жирных кислот и витаминов: масло подсолнечника, сои, кукурузы, виноградных косточек и кунжута, жирная рыба (сельдь, макрель, сардина, лосось и тунец), оливковое и рапсовое масло, авокадо и некоторые маргарины, семена, орехи и арахисовое масло.

Все углеводные продукты приводят к образованию глюкозы и повышают ее уровень в крови, но одни из них делают это медленно, а другие – быстро. Для описания того, насколько быстро усваивается и попадает в кровоток углеводная пища, ввели понятие об гликемическом индексе. Продукты с

низким гликемическим индексом медленно входят в кровоток и в меньшей степени влияют на уровень сахара крови. К ним принадлежат геркулесовая каша, цельнозерновой хлеб, чечевица, бобовые, молоко, йогурт, макароны и большинство видов свежих фруктов.

Правила питания при сахарном диабете:

1. Кушаем 5 раз в день небольшими порциями.
2. Исключаем простые углеводы, и заменяем их сложными.
3. Кушаем разнообразную еду.
4. Пьем много воды.
5. Не голодаем.
6. Считаем хлебные единицы, или учимся запоминать размеры порций «на глаз».
7. Обращаем внимание на гликемический индекс продуктов.