

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 ГИПОТИРЕОЗЕ

Дипломная работа студента

**очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051501
Мишустинной Жанны Анатольевны**

Научный руководитель
Преподаватель Байбикова Ж.Н.

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

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОРГАНИЗАЦИИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ	6
1.1. Классификация, этиология и патогенез гипотиреоза.....	6
1.2. Клиническая картина и диагностика гипотиреоза	10
1.3. Лечение и особенности сестринского ухода при гипотиреозе ...	14
1.4. Профилактика гипотиреоза.....	19
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ГИПОТИРЕОЗОМ	23
2.1. Анализ статистических данных заболеваемости гипотиреозом в Белгородской области	23
2.2. Анализ анкетных данных пациентов страдающих гипотиреозом.	24
2.3. Практические рекомендации пациентам с гипотиреозом	35
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	37
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	39
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	41

ВВЕДЕНИЕ

По данным всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) гипотиреоз занимает второе место, среди эндокринных нарушений.

Гипотиреоз – синдром, вызванный длительным и стойким недостатком гормонов щитовидной железы и/или снижение их биологического эффекта в организме, приводящее к нарушению всех видов обмена веществ. Именно гипотиреоз является самым частым заболеванием в эндокринной системе.

Частота тиреоидной недостаточности повышается не только из-за недостатка йода, но прежде всего из-за ухудшения экологии, употребления большого количества медикаментов, пассивного курения, дефицита селена. Симптомы тиреоидной недостаточности могут быть классическими или слабо выраженными.

Диагностика гипотиреоза основывается на результатах исследования тиреоидных гормонов. Если при результатах исследования гормоны превышают нормальные показатели, может быть установлен диагноз гипотиреоза.

Гормонотерапия способствует развитию процессов адаптации при нарушенных функциях, с ее помощью можно компенсировать нарушенный гормональный обмен в организме. Именно своевременное лечение гормональными препаратами и назначенная диетотерапия является основой проводимых лечебно – профилактических мероприятий.

Заболеваемость гипотиреозом составляет 0,6 - 03,5 случаев на 1000 населения в год.

Распространенность первичного клинически выраженного гипотиреоза в популяции составляет 0,2 - 1%; субклинического первичного гипотиреоза — 7 - 10% среди женщин и 2 - 3% среди мужчин (соотношение 6:1).

В течение 1 года от начала заболевания манифестными становятся примерно 5 – 18% случаев субклинического гипотиреоза [9].

Актуальность темы: обусловлена тем, что медицинская сестра выступает помощником врача в лечебном процессе, участвует в обследовании пациента, его подготовки к ним, наблюдает за изменением состояния здоровья пациента. Проводит беседы о заболевании, профилактике с пациентами и родственниками о ее целях и задачах.

Цель выпускной квалификационной работы: проанализировать и исследовать особенности сестринского ухода при гипотиреозе.

Задачи:

1. Провести анализ научно – методической литературы и периодических изданий по теме дипломной работы.
2. Определить профессиональные и общие компетенции медицинской сестры в организации ухода за пациентами при гипотиреозе.
3. Провести анализ статистических данных распространённости гипотиреоза среди пациентов Белгородской области.
4. Провести социологическое исследование проблем пациентов с гипотиреозом в ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа».

Методы исследования:

- научно–теоритический анализ;
- статистические;
- социологические – анкетирование.

Объект исследования: пациенты эндокринологического отделения ОГБУЗ «Белгородской областной клинической больницы Святителя Иоасафа».

Предмет исследования: профессиональная деятельность медицинской сестры в организации и проведении сестринской помощи у больных с гипотиреозом.

Структура выпускной квалификационной работы: данная работа изложена на 45 страницах печатного текста и содержит введение, две главы, заключение, список литературных источников и приложения.

Теоретическая значимость дипломной работы состоит в приобретении новых знаний в области диагностики, профилактики и ухода за пациентами с гипотиреозом.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОРГАНИЗАЦИИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ

Гипотиреоз – это заболевание, которому необходим комплексный подход при лечении, то есть не только медикаментозно воздействовать на причину заболевания, но и планировать уход, для предупреждения осложнений, профилактики вторичного развития гипотиреоза. Эта роль и принадлежит медицинской сестре – составлять план сестринского ухода, также медсестра обучает пациента основным навыкам, которые будут необходимы пациенту с данным диагнозом.

1.1. Классификация, этиология и патогенез гипотиреоза

Классификацию гипотиреоза различают:

По уровню поражения:

1. Первичный – наблюдается дефект биосинтеза T_4 (и T_3).
2. Вторичный – снижение секреции тиреотропина.
3. Третичный - снижение секреции тиреолиберина.
4. Периферический – возникает из-за инактивации тиреоидных

гормонов в процессе циркуляции.

По срокам возникновения:

1. Врожденный;
2. Приобретенный;

По степени выраженности клинико-биологических нарушений:

1. Субклинический - ТТГ повышен более 10 мЕд/л.
2. Манифестный - обусловленный низким содержанием T_4 (и T_3);
3. Осложненный.

Такое заболевание, как гипотиреоз у женщин диагностируется намного чаще, нежели у мужчин. Это возникает из-за повышенной чувствительности

женского организма к гормональным изменениям. Нередко заболеванию предшествует беременность и/или роды.

Повышается риск его возникновения при развитии анемии и обильных кровотечений. Так же может возникать из-за недостаточного поступления йода в организм (в норме физиологическая потребность – 100 - 200 мг йода в сутки). Причины гипотиреоза могут быть различными. Все зависит от формы заболевания. Чаще всего первичный гипотиреоз является самым распространенным видом этого заболевания и развивается в исходе аутоиммунного тиреоидита, но часто генез остается неясным.

Основной причиной поражения функций и органов является резкое уменьшение выработки клеточных ферментов из-за дефицита тиреоидных гормонов. Также первичный гипотиреоз возникает при воздействии определенных негативных факторов. Например, при недостаточном количестве йода, поступающего из пищи, при хирургическом вмешательстве (удаление продуцирующего гормон органа) и других.

Врожденный гипотиреоз — достаточно гетерогенная по этиологии группа заболеваний, обусловленных морфофункциональной незрелостью гипоталамо-гипофизарной системы, щитовидной железы. Основными факторами являются аплазия и/или дисплазия щитовидной железы, врожденный дефицит тиреотропного гормона, а также развитый синдром устойчивости к гормонам щитовидной железы.

Вторичный тип данного заболевания возникает на фоне нарушения работы желез - регуляторов. К таким относят гипофиз и гипоталамус. Причинами вторичного гипотиреоза являются недостаточность функции гипофиза при удалении или вследствие хирургических вмешательств на щитовидной железе, отсутствие либо недостаток в рационе продуктов, содержащих йод, травмы шеи, опухоли, облучении, воспалительные процессы проходящие в щитовидной железе, а также дефицит тиреотропного гормона. Такой тип развивается в результате нарушения синтеза и секреции тиролиберина, а так же характеризуется ненормальным количеством

тиреотропного гормона. Он может вовсе не вырабатываться или иметь структуру, при которой не способен в полном объеме выполнить поставленные функции. При таком состоянии полностью здоровая щитовидная железа не способна вырабатывать достаточное количество гормонов.

Периферический тип гипотиреоза развивается при устойчивости тканей к тиреоидным гормонам. При гипотиреозе происходит уменьшение количества воспроизводимых тиреоидных гормонов. Это приводит к многочисленным изменениям многих органов и систем организма вследствие нарушения образования ряда ферментов. При этом нарушается и водно-солевой обмен. Периферический тип синдрома встречается очень редко.

Третичный гипотиреоз развивается при снижении продукции тиреотропин – релизинг – гормона гипоталамуса вследствие врожденных ферментопатий или аутоагрессии. В данном случае наблюдается уменьшение выработки ТРГ, что провоцирует недостаточную стимуляцию тиреотрофов гипофиза. В результате снижается активность синтеза ТТГ, что напрямую ведет к нарушению функционирования щитовидной железы [4].

Также разделяют приобретенный гипотиреоз и врожденный. Первый тип заболевания может проявиться в любом возрасте человека. Особенностью врожденного гипотиреоза, симптомы которого проявляются почти с первых дней жизни ребенка, является наличие патологий, спровоцированных неправильным внутриутробным развитием. Также выделяют тип, характеризующийся необъясненной причиной возникновения. Его называют идиопатическим гипотиреозом.

Дефицит тиреоидных гормонов или абсолютное отсутствие в организме может приводить к:

а) замедлению синтеза и распада белка, накоплению в тканях гликопротеина муцина, гиалуроновой и хондроитинсерной кислот, задерживающих воду и вызывающих слизистый отек тканей и органов;

б) замедление распада и снижение утилизации липидов, а в следствии быстрое развитие и прогрессирование атеросклероза;

в) уменьшение всасывания глюкозы в кишечнике, замедление утилизации глюкозы;

Все вышеперечисленное приводит к нарушению энергообразования, выраженным дистрофическим изменениям во всех органах и тканях, значительным изменениям функционального состояния нервной и эндокринной систем.

Несмотря на то, что гипотиреоз может развиваться у любого человека, у некоторых людей риск этого заболевания повышен. К таким критическим группам относятся:

- Аутоиммунный тиреоидит;
- Женский пол;
- Возраст старше 60 лет;
- Аутоиммунные заболевания (Аддисонова болезнь, пернициозная анемия, сахарный диабет 1 типа);
- Подострый и послеродовой тиреоидиты;
- Рак тканей головы и шеи (леченый);
- Заболевания щитовидной железы у родственников.

Применение медикаментозных средств:

- Амiodарон;
- Карбонат лития;
- α -Интерферон;
- Йод - и бромсодержащие препараты.

В эндемичных зонах необходимость обязательного исследования ТТГ в группах риска - когортах людей, у которых клиническая симптоматика, даже скудная, дает основание для поиска вероятной тиреопатии. Особенно важно это для женщин, которые чаще, чем мужчины, страдают гипофункцией щитовидной железы. Главным фактором риска является аутоиммунный тиреоидит [3].

1.2. Клиническая картина и диагностика гипотиреоза

Клиническая картина при гипотиреозе может быть различной и зависит от многих факторов.

Основными проблемами клинической диагностики гипотиреоза являются отсутствие специфических симптомов, высокая распространенность сходных с гипотиреозом симптомов при других заболеваниях, отсутствие прямой зависимости между степенью дефицита тиреоидных гормонов и выраженностью клинической картины.

Нарушения функционирования гормональной структуры необратимо влекут изменения как внешности, так и в слаженности работы внутренних органов и систем. Симптоматика развивается обычно медленно и варьирует у различных больных. Отмечается зябкость, сонливость, снижение интеллекта, памяти, затруднение речи, депрессию, увеличение массы тела, тяжелые запоры, выпадение волос, сухость кожи, огрубение голоса, снижение половой функции. Температура тела обычно снижена. Лицо отечное, большое, заплывшее. Глазные щели узкие, блеск глаз отсутствует, выражена отечность век, губ, щек.

При объективном осмотре пациенты адинамичны, апатичны, заторможены, сонливы, с трудом произносят слова, кожа бледно-желтоватая, холодная (особенно кисти, стопы), выраженное шелушение, волосы тусклые, ломкие, выпадают на голове, ногти тонкие, легко ломаются, лицо одутловато, с выраженным периорбитальным отеком, веки припухшие, губы утолщены.

Снижение при гипотиреозе активности фермента липопротеиновой липазы приводит к гиперхолестеринемии до 12 - 14 ммоль/л (норма 3,0 - 6,3 ммоль/л). Тестом первого уровня является определение ТТГ: при гипотиреозе он не снижен, а наоборот повышен более 7 мЕд/мл. Тестом второго уровня является определение свободного тироксина (Т4): при манифестной форме гипотиреоза он также снижен. Если же уровень свободного Т4 в норме – это субклиническая форма гипотиреоза. Повышенный уровень ТТГ характерен только для первичного гипотиреоза (поражения самой щитовидной железы),

при вторичном (гипофиз) или третичном (гипоталамус) – уровень ТТГ нормальный или снижен.

При гипотиреозе в состоянии субклинического (скрытого) жалобы у пациентов, как правило, отсутствуют. В состоянии гормонально компенсированного гипотиреоза - происходит полная ликвидация проявлений заболевания и нормализация всех гормональных показателей. Гормонально субкомпенсированный гипотиреоз - симптомы заболевания умеренные или нерезко выраженные. Больные получают терапию в дозах, не обеспечивающих полную гормональную компенсацию, но близких к оптимальным. Уровень Т₄ обычно в пределах нормы при повышенном ТТГ. Следует проводить коррекцию заместительной терапии. Гормонально декомпенсированный гипотиреоз характеризуется выраженными симптомами заболевания (микседема). При декомпенсации жалобы полиморфны. Больные 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.

Проблемы пациентов: жажда, сухость во рту, увеличение объема выделяемой мочи, холод в конечностях, мышечную слабость, выпадение волос, сонливость, увеличение массы тела [6].

При гипотиреозе очень часто характерно развитие поражения и возникновение осложнений сердечно - сосудистой и дыхательной систем, системы кроветворения, центральной нервной системы, опорно - двигательной системы.

Отмечают эндокринную кардиомиопатию различной выраженности, часто - перикардальный выпот. Выявляют невропатии и миопатии с атрофией мышц, мышечную слабость, брадикардию, шаткость походки, судороги и боли в мышцах. Содержание Т₄ снижено до 40 нмоль/л, Т₃ - следы, ТТГ повышен более 20 мМЕ/л.

Гипотиреоз ускоряет развитие общего атеросклероза. Атеросклеротическое поражение сосудов сердца приводит к развитию

ишемической болезни сердца, часто осложняющейся инфарктом миокарда. Это заболевание также может приводить к развитию микседематозного сердца, и сердечной недостаточности, анемии (нормохромная, нормоцитарная, гипохромная, В₁₂-дефицитная).

Кроме того, начинается развитие дискинезии желчных путей с образованием камней и запоров. Способность печени превращать каротин в витамин А нарушается, возникает гиперкаротинемия, приводящая к желтоватой окраске кожи. Снижение аппетита при одновременном повышении массы тела. Печень при длительном течении гипотиреоза обычно несколько увеличена за счёт жировой дистрофии.

Имеются психические нарушения в виде замедления речи, снижения памяти интеллекта, заторможенности, гипотиреоидного слабоумия, нередко острые и затяжные провалы памяти, частая депрессия, снижение сухожильных рефлексов, могут возникнуть парестезии.

Так же могут быть расстройства половой функции (у женщин - нарушение менструального цикла, аменорея, бесплодие; у мужчин - снижение либидо, бесплодие).

Несмотря на достаточно яркую клиническую картину первичного гипотиреоза, его диагностика бывает затруднена вследствие доминирования симптомов какой-либо определенной системы.

Так же наиболее тяжелым, но в настоящее время достаточно редко встречающимся осложнением является гипотиреоидная (микседематозная) кома. Обычно кома развивается постепенно. В стадии прекомы больной заторможен, сознание спутано, периодически возникают судорожные подергивания мышц.

Гипотиреоидная кома, как правило, развивается у пожилых пациентов с тяжелыми сопутствующими заболеваниями при отсутствии ухода, чаще в холодных регионах. Провоцируют развитие гипотиреоидной комы охлаждение, терапия барбитуратами, наркоз, нейролептики, интеркурентные заболевания. К клиническим проявлениям относятся гипотермия (ниже 34°C), в 15 - 20%

случаев развивается при нормальной, а при сопутствующих инфекционных заболеваниях при субфебрильной температуре, гипонатриемия, брадикардия, гипотония, острая задержка мочи, динамическая кишечная непроходимость, гипогликемия, сердечная недостаточность, прогрессирующее торможение центральной нервной системы (ступор, кома). Летальность при микседематозной коме достигает 80% [7].

Поскольку гипотиреоз более распространен у пожилых женщин, рекомендуется им проходить скрининговое обследование на эту патологию во время ежегодных профилактических осмотров. Также рекомендуется скрининг на гипотиреоз беременным женщинам и женщинам, которые планируют беременность.

Диагноз гипотиреоза основывается на результатах анализов крови, заключающихся в измерении уровня ТТГ и, в ряде случаев, гормона щитовидной железы тироксина. Высокий уровень ТТГ и низкий уровень тироксина указывают на недостаточную активность щитовидной железы. Так происходит потому, что гипофиз вырабатывает больше ТТГ, пытаясь заставить щитовидную железу вырабатывать больше тиреоидных гормонов.

Основной метод диагностики микседемы - исследование крови на содержание гормонов щитовидной железы (определение уровней ТТГ и Т₄):

I этап - подтверждение наличия и выраженности синдрома гипотиреоза:

Физикальное обследование (осмотр, перкуссия, аускультация, пальпация);

Определение в крови ТТГ;

При пограничном повышении концентрации ТТГ (4 - 10 мМЕ/л) – исследование Т₄

II этап - определение нозологической принадлежности гипотиреоза и выявление его осложнений:

Общеклинический анализ крови (гемоглобин, эритроциты, тромбоциты) и биохимический (АЛТ, АСТ, КФК, ЛДГ, холестерин);

УЗИ щитовидной железы;

УЗИ брюшной полости.

Тонкоигольную аспирационную пункцию с последующим исследованием полученного содержимого.

1.3. Лечение и особенности сестринского ухода при гипотиреозе

Независимые, взаимозависимые и зависимые сестринские вмешательства при гипотиреозе 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 на определение ТТГ, ультразвуковое исследование др.).

Для пациентов, поступивших в стационар с диагнозом гипотиреоз, определена специальная тактика сестринского процесса, состоящая из нескольких этапов. Все они взаимосвязаны между собой. Каждая стадия сестринского ухода является еще одним шагом к достижению основной цели лечения — полному выздоровлению пациента [5].

Она также проводит беседы о значении режима и диеты в лечении гипотиреоза, обучает больных правильному применению гормональных препаратов.

Для взрослых соблюдение всех назначений и рекомендаций врача позволяет избежать развития осложнений со стороны практически всех систем организма. Женщинам, планирующим зачатие, предварительный курс лечения необходим в первую очередь. Ведь гипотиреоз при беременности опасен для

жизни будущего ребенка. Некомпенсированное заболевание грозит самопроизвольными выкидышами, замиранием плода и прочими осложнениями.

Заместительная терапия при недостатке тиреоидных гормонов является общепринятым и наиболее эффективным методом лечения гипотиреоза у женщин, мужчин и детей. Назначается она пожизненно. Регулярно принимая препараты и проходя обследования раз в полгода, человек может жить полноценно. Восстановив уровень гормонов щитовидной железы, пациент избавляется от симптомов болезни и сводит к нулю вероятность развития осложнений. Дозировка препарата рассчитывается индивидуально.

Заболевание гипотиреоз требует ежедневного приема гормоносодержащих медикаментов. Чаще всего при гипотиреозе (недостатке тиреоидных гормонов) назначают препараты, содержащие тироксин. Регулярный их прием позволяет восстановить уровень не только Т4, но и Т3. В некоторых случаях возможно назначение препаратов с трийодтиронином, но их использование допустимо только в комплексе с медикаментами, в состав которых входит тироксин.

Лечение гипотиреоза всех форм включает в себя диету с соответствием допустимых продуктов и калорий, интенсифицированная гормонотерапия, самоконтроль.

Основой диетического питания у пациентов с нормальным или пониженным весом может быть стол с повышенным содержанием белка, ограничением углеводов и жиров, а при сопутствующем ожирении показана низкокалорийная диета (Приложение 1). Пища должна быть витаминизирована. Калорийность рациона пациента с данной патологией не должна превышать в сутки 2300 килокалорий для мужчин и женщин. При этом при разработке диетического рациона важно сократить объем трудноперевариваемой пищи, продуктов с холестерином и насыщенными жирами в составе. Суточной нормой жиров при гипотиреозе является доза в 70 граммов, из которых 20 граммов должны быть растительными. Количество углеводов в сутки

необходимо ограничивать 400 граммами, из которых на долю сахара может приходиться до 50 граммов. Белков необходимо употреблять до 80 граммов в пропорции – половина растительных, половина – животных [8].

Важными правилами при подборе продуктов для диеты при гипотиреозе является необходимость замены мяса рыбой, морепродуктами, овощи и фрукты употреблять в свежем виде, сладости заменить сухофруктами. Ежедневно необходимо устраивать разгрузочный день, чтобы давать организму возможность очищаться и восстанавливаться.

Готовить пищу при соблюдении диеты необходимо путем запекания под крышкой, отваривания в пароварке. Для усиления вкуса приготовленных продуктов часто рекомендуется использовать йодированную соль, а жиры и масло необходимо максимально сократить при приготовлении.

Употреблять еду нужно теплой, тщательно пережевывая все ингредиенты для снижения нагрузки на пищеварительный тракт. Питание рекомендуется дробить на 5 - 6 небольших приемов в день, пищу подбирать исключительно легкую, но богатую питательными веществами.

До начала заместительной терапии следует убедиться, что концентрация ТТГ повышена, так как низкий его уровень свидетельствует о вторичном гипотиреозе. Заместительную терапию проводят тиреоидными препаратами при клинических проявлениях и повышенном уровне ТТГ.

Эффективным препаратом считают «Левотироксин натрия». В начале лечения используют малые дозы (по 25 - 50 мкг/сут). Увеличение дозы проводят строго по назначению врача каждые 5 - 7 дней (до 100 - 200 мкг/сут). Разовая доза всегда соответствует дневной, принимают ее за 30 мин до завтрака. Клинический эффект проявляется через 1 - 2 дня. Однако об эффективности лечения судят через 1 - 3 мес от начала лечения. Дозы тиреоидных препаратов рассчитывает врач исходя из тяжести гипотиреоза, массы тела больного, дефицита Т₃, Т₄, уровня ТТГ. Около 70% суточной дозы пациент должен получить утром, остальную часть - во второй половине дня.

Особого контроля требуют больные с ишемической болезнью сердца, так как прием тиреоидных препаратов может вызвать приступ стенокардии. Лечение вторичного и третичного гипотиреоза включает мероприятия, направленные на коррекцию основного заболевания гипоталамо-гипофизарной системы.

Негормональную медикаментозную терапию гипотиреоза проводят блокаторами перекисного окисления липидов (витамин Е + ретинол; аскорбиновая кислота, глутаминовая кислота, пириитинол и др.) [10].

У пациентов пожилого возраста на фоне первичного гипотиреоза и других его видов могут развиваться осложнения со стороны различных систем организма. В таких случаях им может назначаться прием дополнительных препаратов. Все препараты назначаются индивидуально после прохождения пациентом детального обследования. При диагнозе гипотиреоз лечение у женщин, мужчин может отличаться. Так, гипотиреоз при беременности требует приема дополнительных витаминов. Во избежание развития анемии пациенткам могут назначаться препараты, содержащие витамин В12 и железо. Больным любого возраста и пола рекомендуется прием общеукрепляющих комплексов с витаминами А и В.

Для похудения при избыточной массе нужно часто питаться маленькими порциями, не переедать и не доводить организм до чувства сильного голода. Сильный голод, помимо замедления и без того нарушенного обмена веществ, провоцирует возникновение депрессий. Чтобы меню было полноценным с точки зрения полезных компонентов, следует уделять больше внимания свежим фруктам, овощам, зелени, которые богаты восстанавливающими щитовидку компонентами и витаминами. Помимо соблюдения диеты важно вести правильный образ жизни – не забывать об адекватных физических нагрузках, много гулять на свежем воздухе. Для поддержания щитовидной железы и стабилизации обменных процессов нужно употреблять много йодсодержащих продуктов питания, таких как морские продукты, морская капуста, другие водоросли. А вот от пищи, провоцирующей ожирение и замедление

метаболизма, стоит полностью отказаться. К такой пище относят сладкое, солёное и алкоголь. Несмотря на пользу чистой воды для организма, при гипотиреозе употреблять ее нужно не больше 1,5 литров в сутки, чтобы не провоцировать возникновение отеков.

При гипофункции щитовидной железы необходимо, прежде всего, усилить обменные процессы в организме, повысив, таким образом, расход энергии. Целью занятий в этом случае является снижение массы тела, улучшение функции сердечно - сосудистой системы, повышение работоспособности. В идеале это должно привести к нормализации жирового и гормонального баланса.

Если гормонов щитовидной железы вырабатывается слишком много, то занятия спортом должны улучшать не только физическое, но и психологическое состояние пациента. Прежде, чем начинать занятия спортом, необходимо проконсультироваться со своим лечащим врачом. Только лечащий врач может определить целесообразность проведения тренировок, правильно составить программу упражнений, чтобы занятия были не только эффективными, но и безопасными для здоровья человека.

Основные нагрузки включают в себя занятия аэробикой. Продолжительность тренировки зависит от физической формы и состояния человека (в среднем это 30 - 60 минут).

Помимо аэробики можно заниматься на беговой дорожке, велотренажере, посещать школу танцев. Плюсом всех вышеперечисленных видов физической нагрузки является то, что они приводят в нормальное состояние сердечно - сосудистую систему и повышают выносливость.

Для усиления метаболизма необходимо включать в тренировку упражнения, направленные на разные группы мышц. Не нужно перенапрягаться, темп занятий должен быть средним. Необходимо на протяжении всего занятия следить за состоянием пульса. Это можно делать при помощи специального прибора – пульсометра, который внешне напоминает браслет и надевается на руку. Нормальные показатели пульса для всех людей

разные, определить нужное значение для каждого конкретного пациента поможет спортивное тестирование. Следует помнить, что при пониженной функции щитовидной железы показатели выносливости человека снижаются, что может вызвать обмороки при слишком интенсивных физических нагрузках. Это происходит из-за резкого снижения давления. Избежать подобных ситуаций можно путем постоянного мониторинга пульса во время тренировки и постепенного увеличения нагрузок [2].

Еще одной проблемой для пациента с гипотиреозом может стать невозможность достижения рабочего состояния пульса, необходимого для того, чтобы занятия были эффективными. Это связано с пониженным обменом веществ. Устранить проблему можно при помощи медикаментозной терапии, направленной на коррекцию гормонального фона. Людям с гипертиреозом для улучшения физического состояния и успокоения нервов рекомендуется заниматься йогой или пилатесом. Также им подойдут плавание и занятия танцами. Силовые тренировки высокой интенсивности, связанные с выполнением резких рывковых движений при заболеваниях щитовидной железы противопоказаны.

Качество жизни пациентов с компенсированным гипотиреозом, как правило, значительно не страдает: пациент не имеет никаких ограничений, за исключением необходимости ежедневного приема препаратов левотироксина (L - T4).

1.4. Профилактика гипотиреоза

Первичная: рациональное питание, двигательная активность, формирование навыков здорового образа жизни, исключение вредных привычек.

Вторичная: диспансерное наблюдение у эндокринолога, гигиена труда и отдыха, адекватная терапия заболевания.

К основным профилактическим мероприятиям относятся рациональное питание, физическая нагрузка, предупреждение ожирения и его лечение. Ограничение в еде следует поддерживать людям старшего возраста независимо от выраженности атеросклеротических нарушений, особенно при увеличенной массе тела.

При ведении профилактической работы с населением необходимо разъяснять генетическую опасность вступления в брак между больными гипотиреозом и людьми, предрасположенными к этому заболеванию.

Существуют определенные факторы риска, которые могут повлиять на возникновение и развитие заболевания. А именно, в группе риска находятся больные на аутоиммунные заболевания, а также люди, перенесшие инфекции, психические травмы и стрессы. Что касается профилактики гипотиреоза, то к ней прежде всего можно отнести йодную терапию, которая может быть индивидуальной, массовой и групповой. Наиболее эффективной считается массовая йодная профилактика, которая предусматривает внесение солей йода в такие распространенные продукты питания, как вода, соль и хлеб. Исследования свидетельствуют о том, что регулярное употребление в пищу 100 - 150 мкг йода приводит к снижению вероятности развития заболевания на 50-65%.

Индивидуальная йодная профилактика базируется на использовании пищевых добавок и лекарств, которые содержат в составе большое количество йода. Что касается групповой профилактики, то она предусматривает прием содержащих йод препаратов отдельными группами населения, которые находятся в группе риска. А именно, групповая профилактика показана подросткам, детям, беременным, а также кормящим женщинам.

Наиболее эффективным методом йодной профилактики считается употребление в пищу поваренной соли с добавлением йода. Сегодня в этих целях применяется соль с содержанием йодата калия 40 ± 15 мг на один килограмм. Основные преимущества данного вещества состоят в том, что оно не улетучивается даже при длительном хранении соли, не меняет цвет и вкус

продуктов, что очень важно при их засолке. К тому же, йодат калия не улетучивается даже во время термической обработки продуктов питания. Срок хранения йодированной соли составляет 9 - 12 месяцев.

Стоит обратить внимание и на условия усвояемости йода организмом. А именно, полноценное усвоение вещества возможно только при достаточном содержании в рационе железа, белка, цинка, витаминов Е и А.

Для профилактики гипотиреоза крайне важно ввести в рацион продукты, богатые йодом. К ним в первую очередь относятся шпинат, свекла, салат, морская капуста. При этом рекомендуется приобретать ламинарию в сухом виде, чтобы затем применять ее в качестве приправы к еде или же разводить в стакане воды, после чего добавляя к пище. В качестве общеукрепляющих средств показаны витаминно-питательные смеси на основе орехов, лимонов и меда. Помимо коррекции питания следует сосредоточить внимание и на нормализации психического здоровья, поскольку щитовидная железа очень остро реагирует на нервное перенапряжение, стресс, бессонницу и эмоциональные срывы.

Больные находятся под диспансерным наблюдением врачей-эндокринологов. Диспансерный метод заключается в активном выявлении больных гипотиреозом, особенно на ранней стадии заболевания, систематическом наблюдении и лечении их. В этой работе активно участвуют и медицинские сестры. Кроме осмотра врачом-эндокринологом больного обязательно консультирует окулист, невропатолог и другие специалисты. Проводят общий анализ крови, рентгеноскопию (флюорографию) грудной клетки, выявляют наличие необходимых гормонов в крови, холестерин, ЭКГ и др. [1].

Проводя анализ теоретических источников по теме организация ухода при гипотиреозе, можно сделать вывод, что гипотиреоз – это заболевание, вызванное длительным и стойким недостатком гормонов щитовидной железы, приводящее к нарушению всех видов обмена веществ, различной гормональной

недостаточностью и/или повышением гормонов в крови, то есть нарушения секреции или действие гормона.

Также можно сказать, что чаще всего встречается субклинический первичный гипотиреоз в молодом возрасте и связан он из-за дефекта биосинтеза гормонов в щитовидной железе. А гипотиреоз всех остальных форм обусловлен взаимодействием генетических факторов и факторов окружающей внешней среды.

Ожирение, малоподвижный образ жизни, беременность, стрессы, злоупотребление алкоголем, курение, погрешности в питании, инфекции, травмы, являются предрасполагающими факторами развития гипотиреоза.

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ГИПОТИРЕОЗОМ

Исходя из поставленных в дипломной работе задач, в данной главе были изучены статистические данные по заболеванию за определенный период времени, а также было проведено анкетирование среди пациентов, страдающих гипотиреозом.

2.1. Анализ статистических данных заболеваемости гипотиреозом в Белгородской области

Нами были изучены данные по заболеваемости различными видами гипотиреоза в Белгородской области за период 2016 – 2017 год. Данные были взяты с сайта медицинского информационного аналитического центра (Таблица 1, Рис. 1).

Таблица 1.

Статистические данные по гипотиреозу

Исследуемые	Заболеваемость на 2016 год	Заболеваемость на 2017 год
Взрослые	148,2	147,7
Взрослые с диагнозом, установленным впервые	16,4	15,0
Подростки (15 – 17 лет)	27,8	35,7
Подростки (15 – 17 лет) с диагнозом, установленным впервые	15,2	15,3
Дети (0 – 14 лет)	4,6	3,3
Дети (0 – 14 лет) с диагнозом, установленным впервые	0,8	0,8

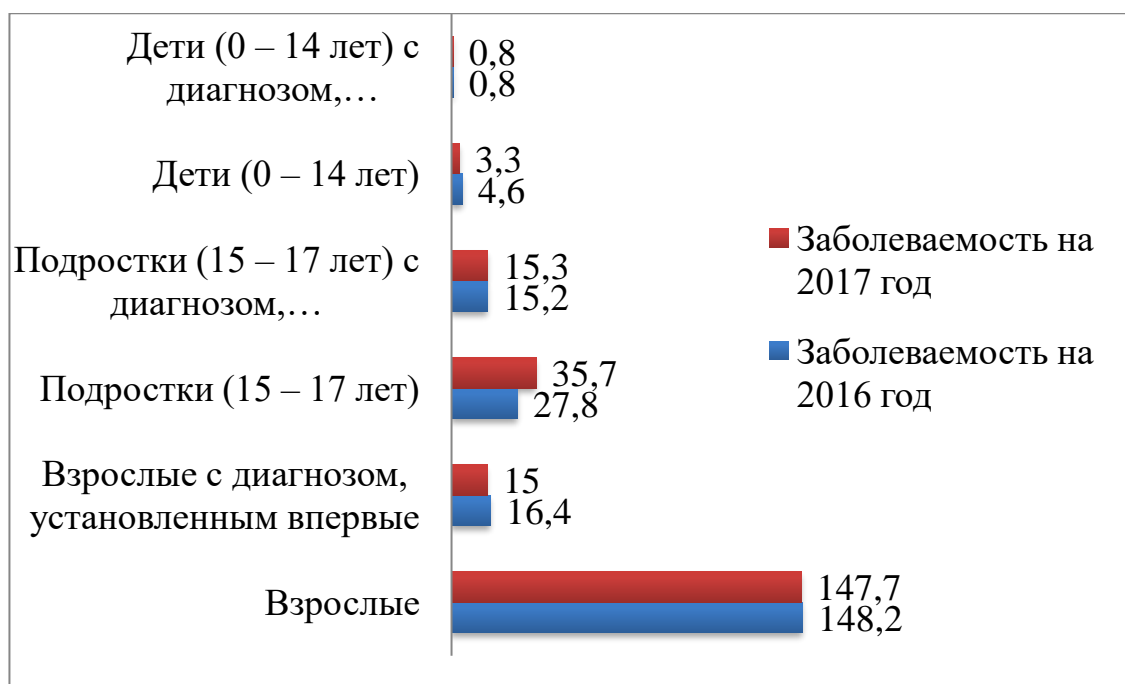


Рис. 1. Статистические данные по гипотиреозу

В таблице 1, на рисунке 1 показана динамика заболеваемости гипотиреозом за период с 2016 по 2017 год.

2.2. Анализ анкетных данных пациентов страдающих гипотиреозом

В анкетировании приняли участие 30 респондентов – это пациенты ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа». Анкета состояла из 16 вопросов. Анкета для исследования представлена в Приложении 2. На основании изученных данных по анкетированию пациентов с гипотиреозом, мы исследовали следующие вопросы.

Первый вопрос анкеты – это пол респондентов. Изучив данную диаграмму, нами выяснено, что 73% пациентов – это люди женского пола, а 27% - мужского пола (Рис. 2). Мы сделали вывод, что женщин с гипотиреозом больше чем мужчин.

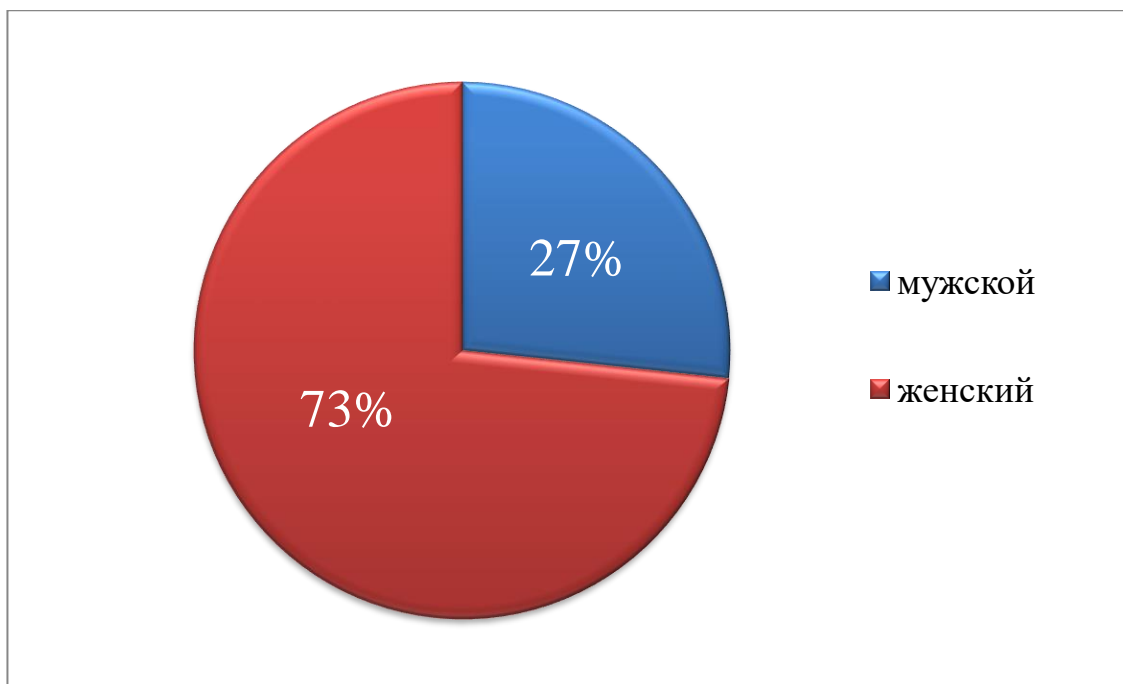


Рис. 2. Пол респондентов

На второй вопрос анкеты, где предстояло выяснить возраст пациентов, 27% респондентов ответили, что им меньше 25 лет, 53% - от 26 до 60 лет и 20% ответили, что они старше 61 года (Рис. 3).

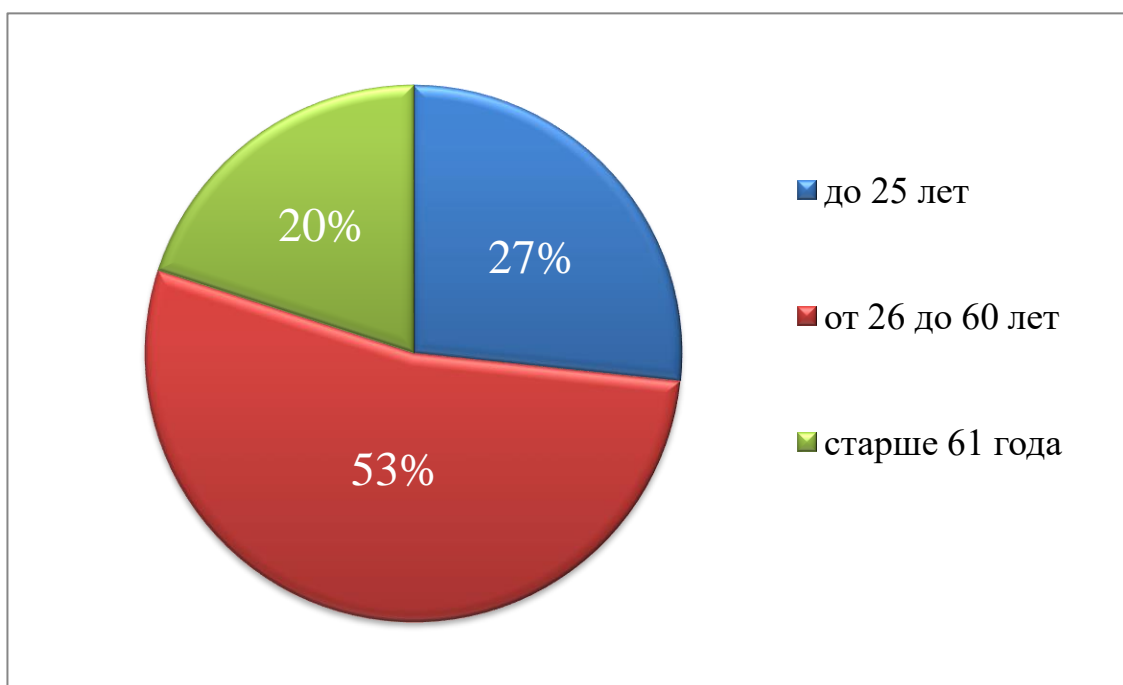


Рис. 3. Возраст респондентов

Как мы видим, больше половины пациентов, страдающих гипотиреозом, от 25 до 60 лет, что говорит о предрасположенности к гипотиреозу людей среднего и старшего возраста.

На вопрос: «Изменение работоспособности за последнее время» 33% пациентов ответили, что у них всегда много сил, 27% ответили, что они быстро устают, 40% респондентов ответили, что сил стало меньше (Рис. 4).



Рис. 4. Изменение работоспособности за последнее время

Из следующего вопроса в анкетировании «Изменение в состоянии ногтей», мы сделали вывод, что у 46% респондентов ногти стали тонкими и гнуться, у 37% всегда были плохими, и только у 17% респондентов ответ был о хорошем состоянии ногтей (Рис. 5).

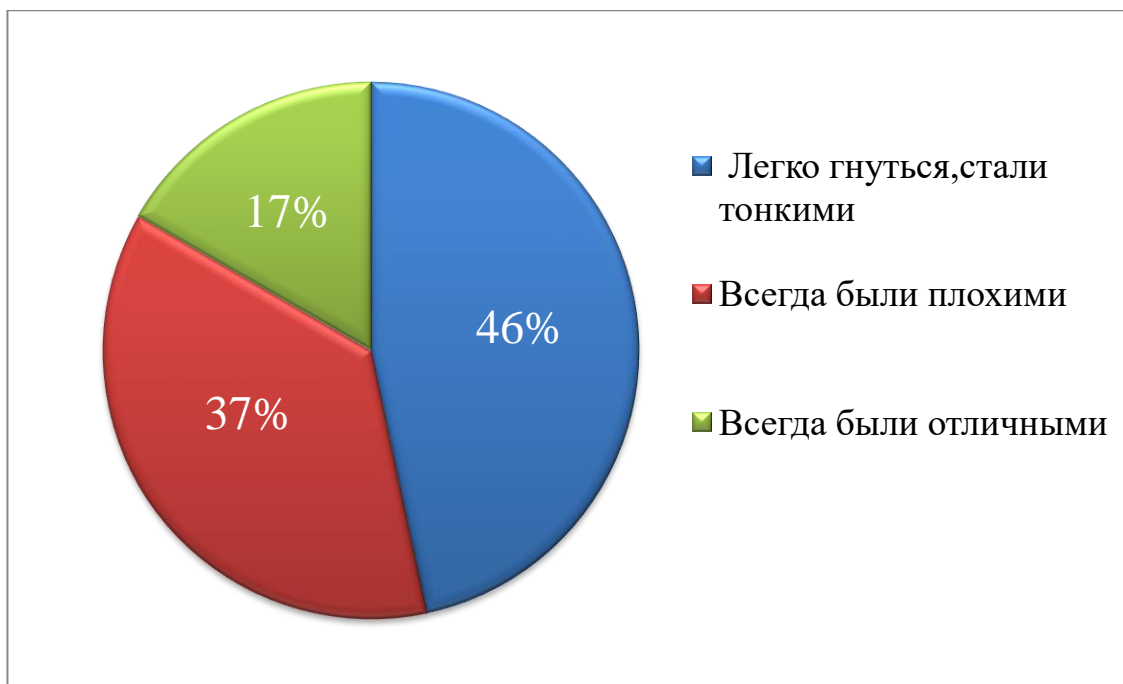


Рис. 5. Изменение в состоянии ногтей

На вопрос: «Изменение в состоянии волос», 30% респондентов ответили, что у них нет никаких изменений и волосы хорошо растут, 27% респондентов ответили, что волосы всегда были в плохом состоянии, и 43% респондентов ответили, что волосы стали тонкими и активно выпадают (Рис. 6).

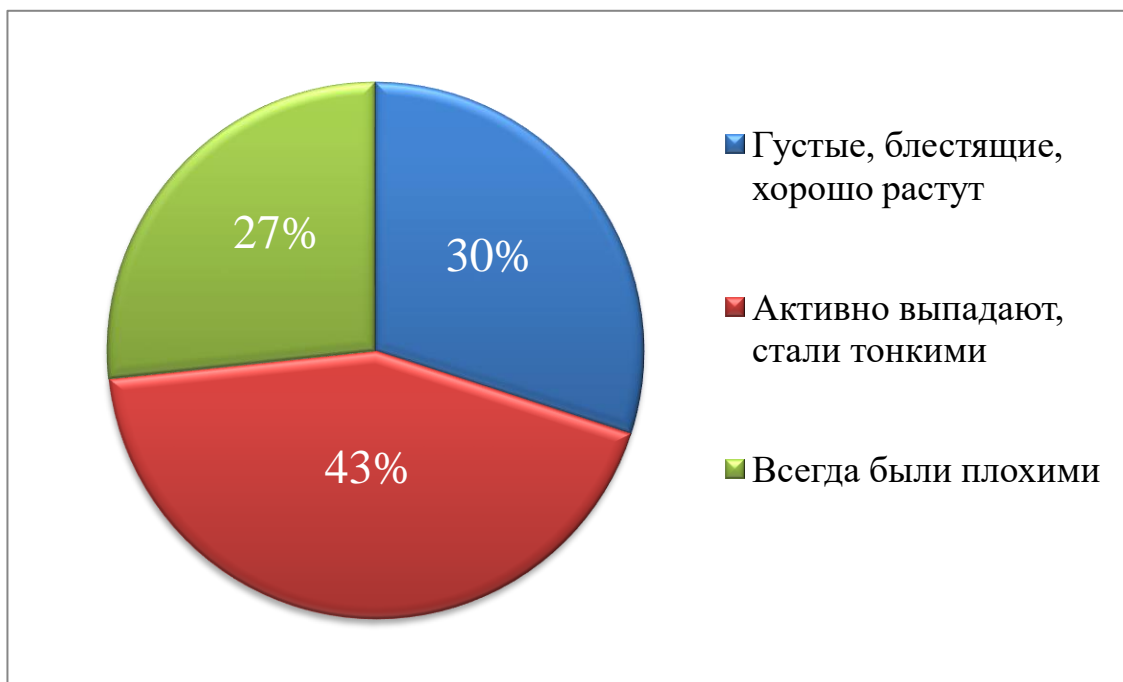


Рис. 6. Изменение в состоянии волос

В следующих двух вопросах респондентам предлагалось написать, какой у них рост и вес. Это было необходимо, чтобы вычислить их индекс массы тела и уточнить о возникновении у них гипотиреоза (Рис. 7). В результате расчетов, было выяснено, что индекс массы тела (ИМТ) менее 18 имеют 7%, от 18,5 до 25 имеют 46%, что соответствует норме, 27% респондентов имеют лишний вес, их ИМТ составил от 25 до 30, у 17% - 1 степень ожирения и у 3% опрашиваемых индекс массы тела составил от 35 до 40, что соответствует 2 степени ожирения.

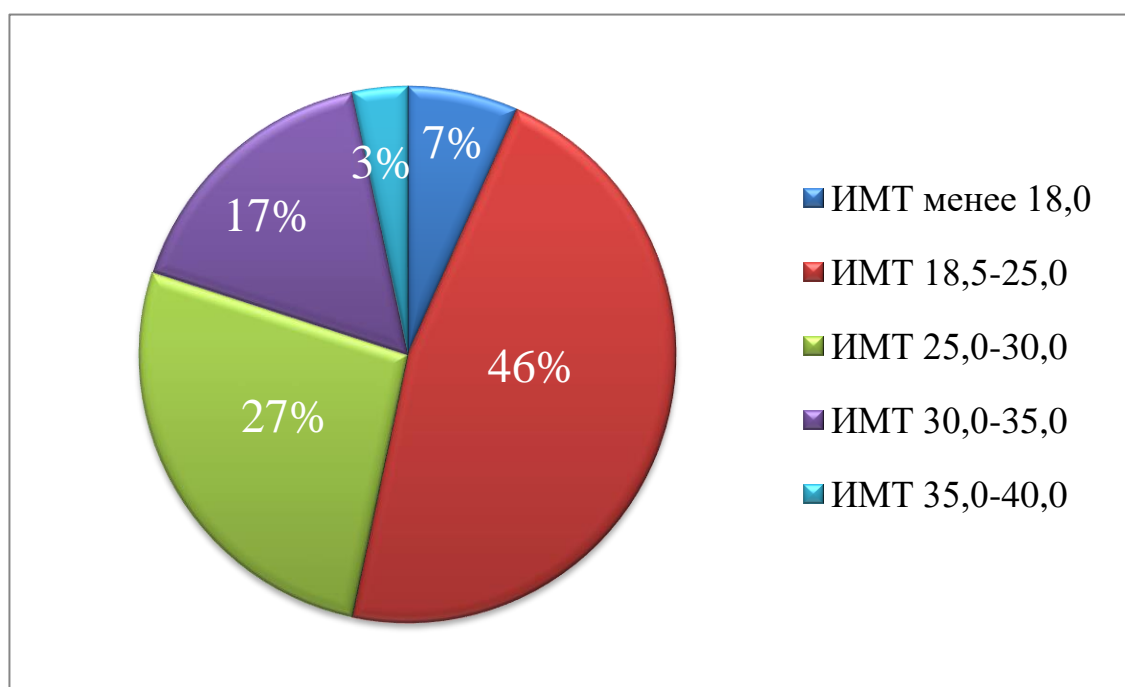


Рис. 7. Индекс массы тела пациентов

Целью следующего вопроса анкеты было выяснить знают ли пациенты причины возникновения гипотиреоза.

На вопрос: «Информированность о причинах возникновения гипотиреоза» выяснилось, что не все пациенты знают, что такое гипотиреоз и причины его возникновения, 37% знают, что такое гипотиреоз, 63% не знают, что такое гипотиреоз (Рис. 8). Исходя из данной диаграммы, можно сделать вывод, что люди нуждаются в проведении с ними беседы о причинах возникновения гипотиреоза.

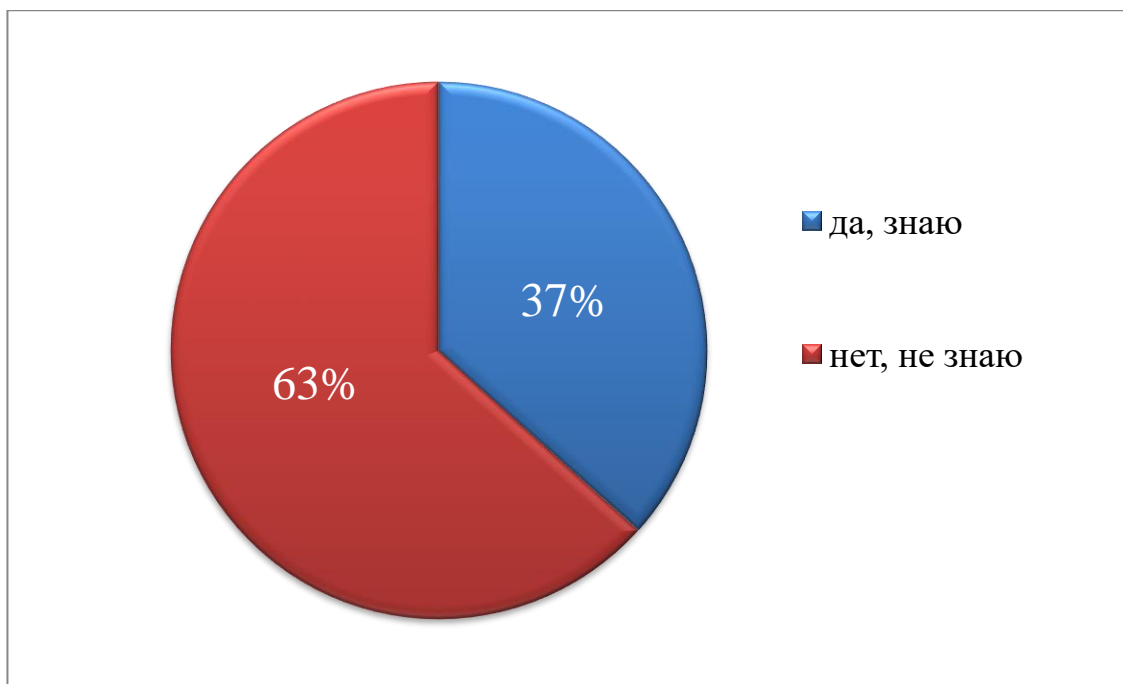


Рис. 8. Информированность респондентов о причинах возникновения гипотиреоза

На основании следующего вопроса нами была получена информация о том, откуда респонденты узнали о гипотиреозе. 56% респондентов ответили медицинский персонал, 27% - СМИ и интернет и 17% - ближайшее окружение.

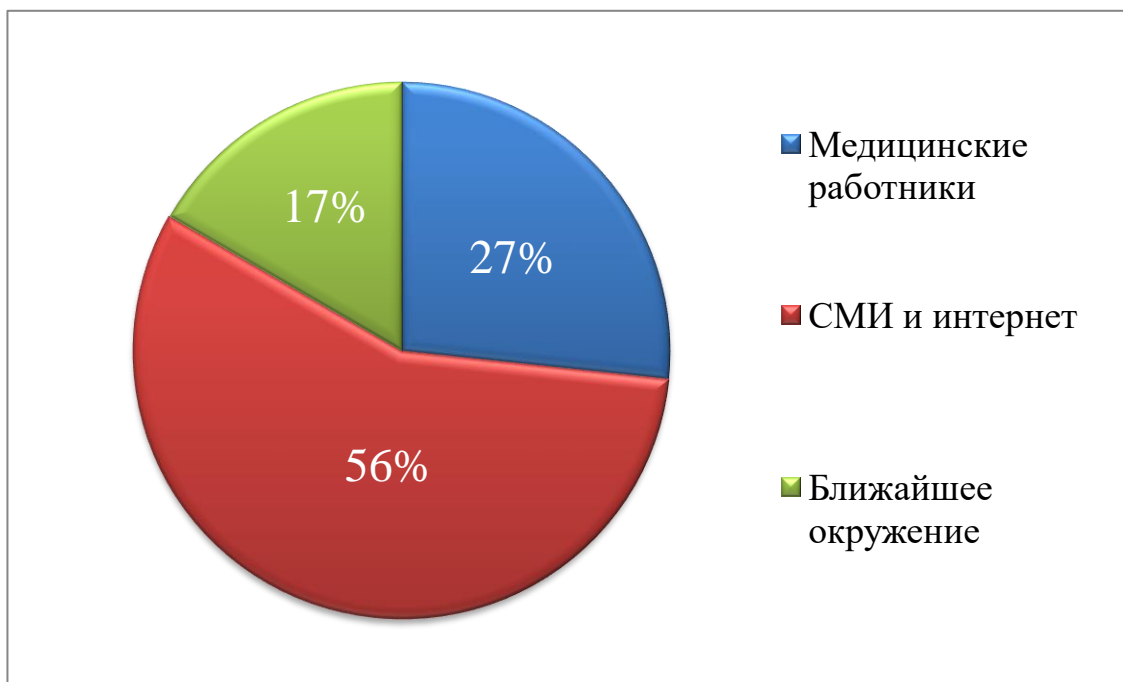


Рис. 9. Источник информации о заболевании

Данная диаграмма свидетельствует о том, что 27% респондентов получают информацию от медицинских работников, но в связи с их занятостью большинство респондентов, а именно 56% получили информацию в СМИ и интернете. Так же 17% респондентов получили информацию при общении с родственниками о данном заболевании (Рис. 9).

Задавая следующий вопрос анкеты, нам предстояло выяснить, есть ли у родственников респондентов данное заболевание.

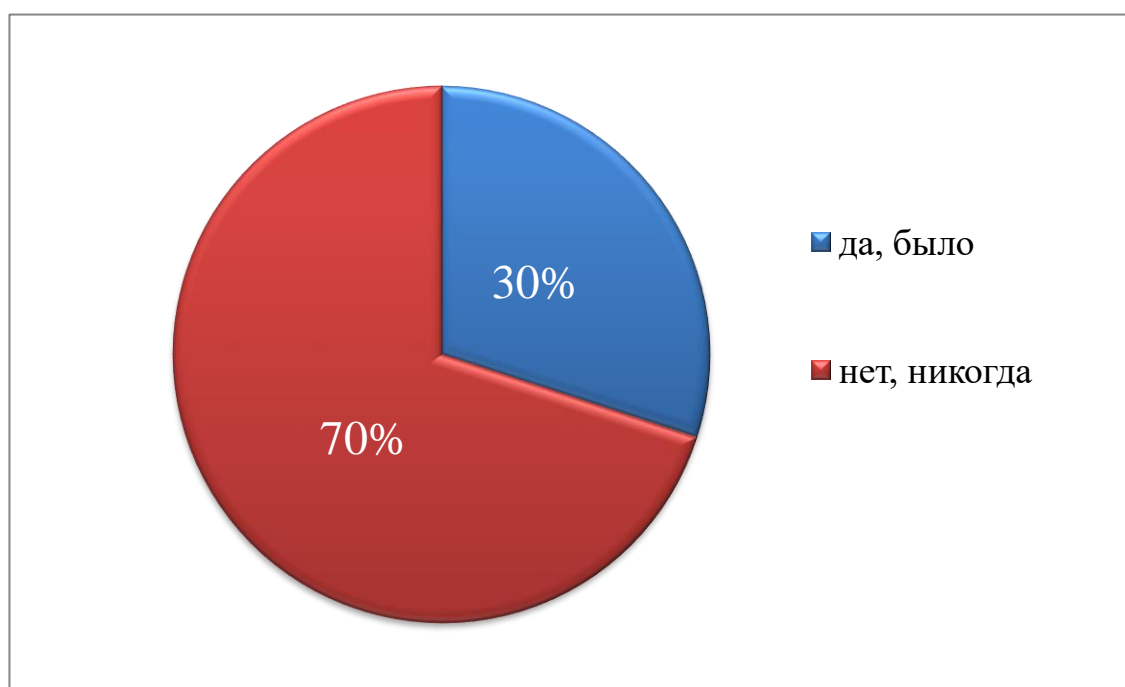


Рис. 10. Наследственная предрасположенность к гипотиреозу

На этот вопрос 70% респондентов ответили, отрицательно (Рис. 10). Следовательно, лучшей профилактикой будет здоровый образ жизни (правильное питание, регулярное посещение эндокринолога и сдача крови на гормоны).

На вопрос: «Принимаете ли Вы гормональные препараты». 63% респондентов ответили, что не принимают, 37% пациентов ответили, что принимают (Рис. 11).



Рис. 11. Принятие гормональных препаратов

На следующий вопрос анкеты, где предстояло выяснить, наблюдаются ли пациенты у врача - эндокринолога, 17% респондентов посещают врача – эндокринолога больше двух раз за год, 33% респондентов ответили, что посещают врача один раз в год, 27% посещают врача очень редко, и 23% ответили, что никогда не посещали врача (Рис. 12). Для профилактики гипотиреоза пациентам следует рекомендовать и советовать, проходить обследование ежегодно, а обращаться к врачу при появлении каких-либо симптомов.

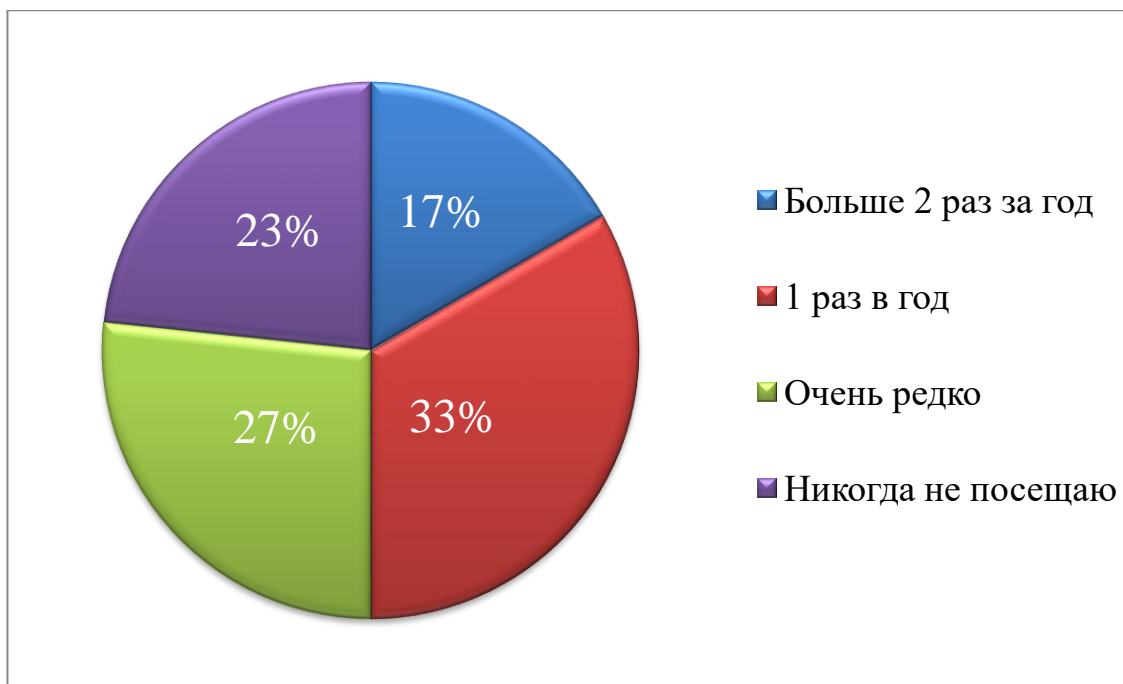


Рис. 12. Частота посещения врача - эндокринолога

В следующем вопросе анкеты необходимо было узнать об уровне физической активности пациентов, присутствуют ли в их образе жизни любая физическая активность. 27% пациентов занимаются легкой физической нагрузкой, 23% занимаются умеренной физической нагрузкой, у 13% респондентов в образе жизни присутствует интенсивный спорт, а у 37% вообще нет физической нагрузки (Рис. 13). Исходя из данной диаграммы, мы видим, что у наибольшей части респондентов низкий уровень физической активности, тем самым существует риск развития данного заболевания.



Рис. 13. Уровень физической активности

На вопрос: «Какими бы Вы физическими нагрузками хотели заниматься?» 45% пациентов выбрали кардионагрузку, а 55% респондентов хотели бы, чтобы это были силовые упражнения (Рис. 14).

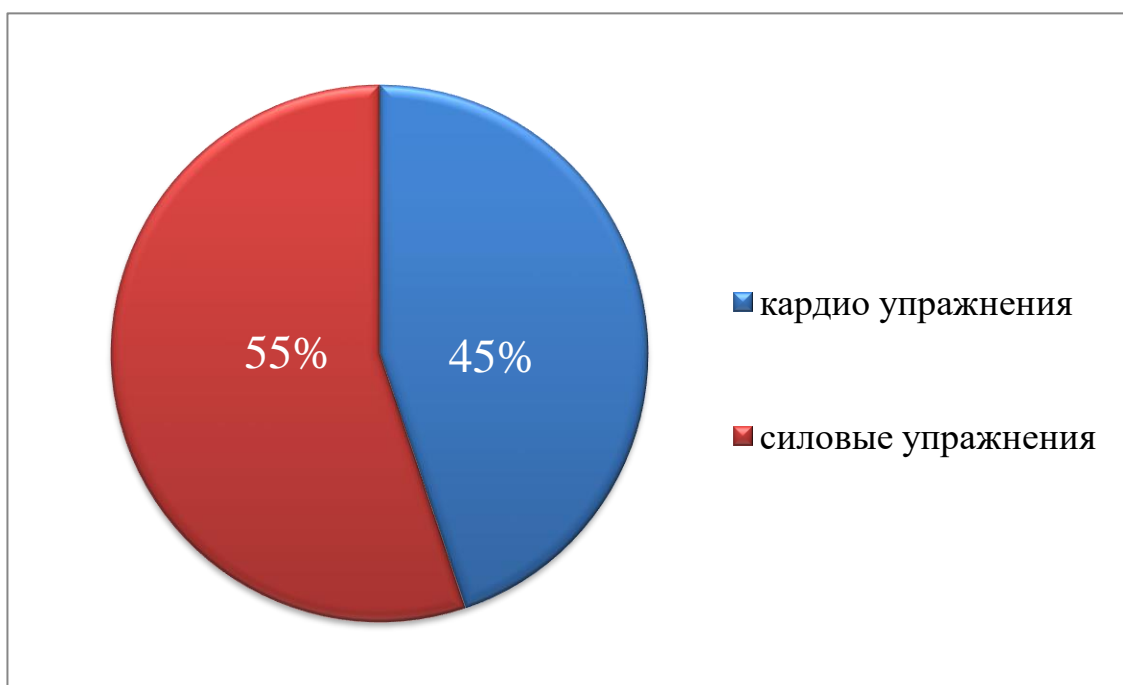


Рис. 14. Какими бы Вы физическими нагрузками хотели заниматься

Исходя из данной диаграммы видно, что больше половины респондентов предпочли бы силовые упражнения. Рекомендуется совмещать различные виды упражнений, а еще лучше чередовать их по дням.

Задавая следующий вопрос анкеты нам предстояло выяснить, знают ли респонденты, как необходимо питаться при гипотиреозе.

На основании этого вопроса было выяснено: 50% из всех респондентов знают, как правильно питаться, 33% знают о питании частично, 17% вообще не знают о питании при гипотиреозе и при профилактике его развития (Рис. 15). Неправильное питание является одним из факторов риска развития гипотиреоза, так как развивается при дефиците ряда витаминов и гормонов.

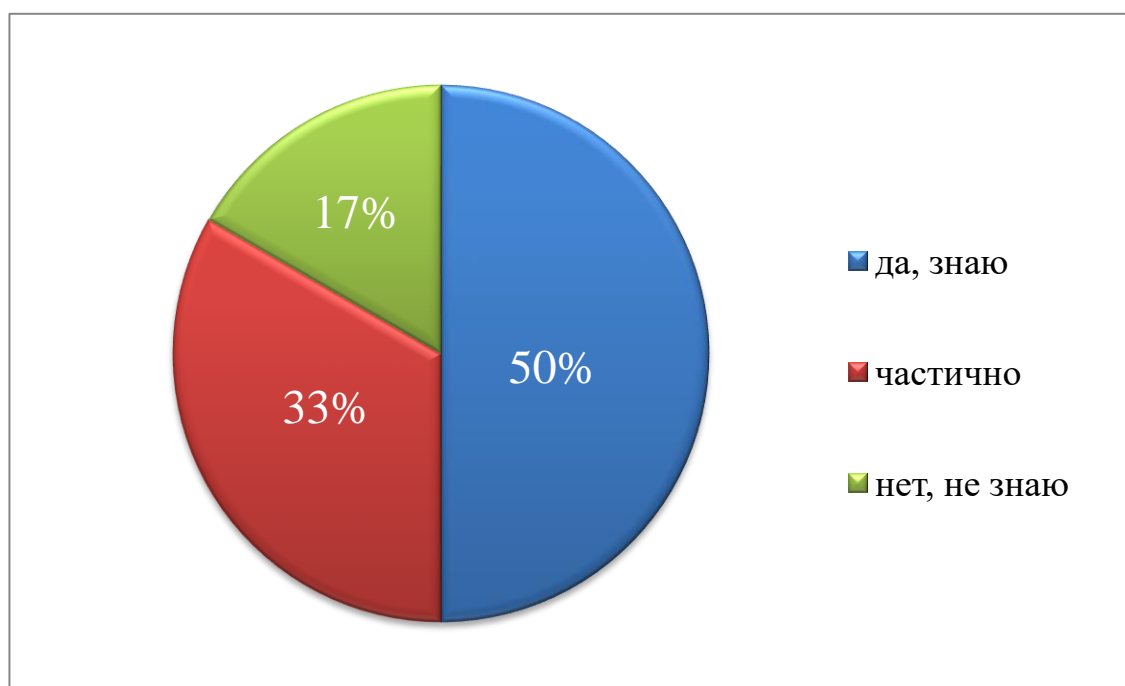


Рис. 15. Информированность респондентов о питании

В заключительном вопросе респондентам предлагалось ответить, какую информацию они бы хотели получить про данное заболевание.

В следующем вопросе респондентам предлагалось ответить, какую информацию они бы хотели получить про данное заболевание. 53% пациентов с гипотиреозом хотели бы узнать про питание при данном заболевании, 27% респондентов хотели бы узнать про физические нагрузки при сахарном диабете и 20% респондентов о профилактике гипотиреоза (Рис. 16).

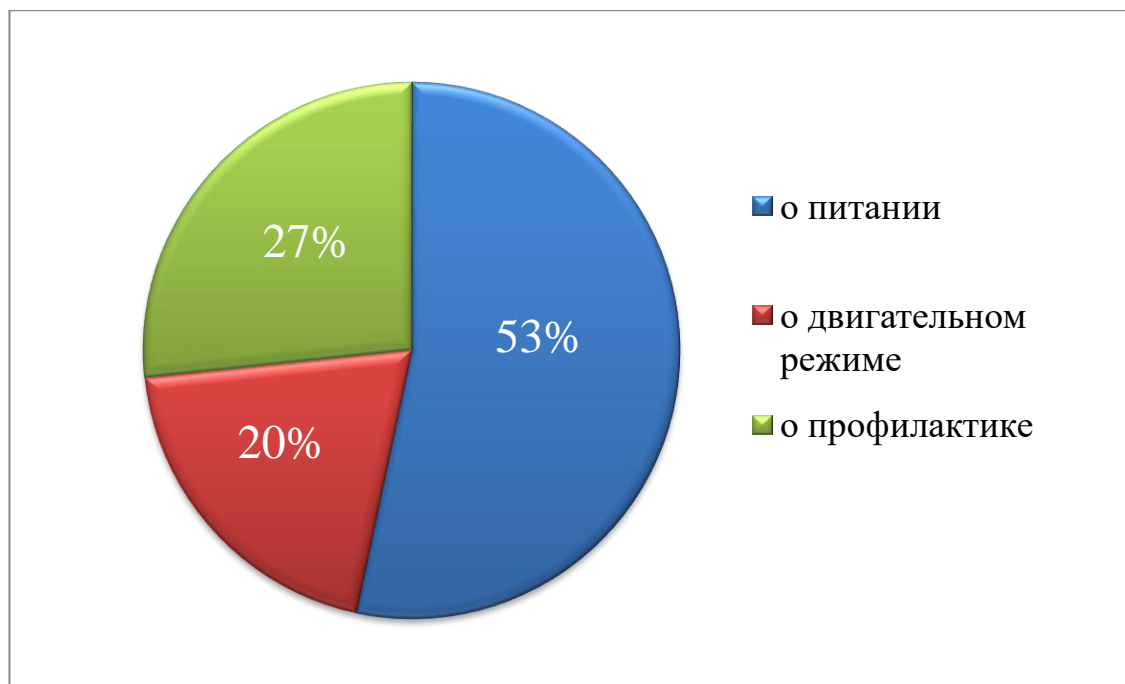


Рис. 16. О чем респонденты хотели бы узнать больше

Из данных диаграммы видно, что больше половины пациентов с гипотиреозом хотели бы узнать про питание при данном заболевании.

2.3. Практические рекомендации пациентам с гипотиреозом

Из результатов проведенного исследования, мы выяснили, что не все пациенты знают достаточную информацию о своем заболевании, поэтому провели беседу о причинах, которые вызвали заболевание, факторах риска, профилактике заболевания и обострений.

На основании проведенного нами исследования были даны следующие рекомендации для пациентов. Необходимо своевременно обращаться за медицинской помощью к врачу-эндокринологу, при обнаружении у себя каких-либо симптомов, необходимо ежегодно или чаще, если есть показания проводить контроль сдачи анализа крови на гормоны. Очень важен режим питания, соотношение белков, жиров и углеводов. Следует ежедневно употреблять в пищу фрукты и овощи. Рекомендуется соблюдать распорядок дня, позволяющий вести активный образ жизни, не переедать, заниматься

умеренной физической нагрузкой. Необходимо своевременно принимать лекарственные препараты назначенные врачом. Следует избегать вредных привычек, являющихся факторами риска развития осложнений и сопутствующих заболеваний.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В данной дипломной работе была рассмотрена организация сестринского ухода при гипотиреозе. В организации сестринского ухода важную роль играет средний медицинский персонал, а именно медицинская сестра.

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, профилактика осложнений гипотиреоза, 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 гипотиреозом за определенный период времени для выявления осведомленности о своем заболевании, основных потребностей и проблем пациентов с гипотиреозом.

На основании проведенного исследования мы сделали следующие выводы: пациентов женского пола, страдающих гипотиреозом, значительно больше, чем мужского, чаще всего это люди от 26 до 61 года, которые имеют нормальный или слегка повышенный вес. Так же, было выяснено, что большинство пациентов не знают причин возникновения данного заболевания. Большинство респондентов посещают эндокринолога хотя бы раз в год, и лишь малая часть делает это редко или же не посещает вовсе. Из данного опроса было выяснено, что у многих пациентов с данным заболеванием имеются проблемы с волосами, ногтями и кожей. Было выяснено, что многие пациенты ведут активный образ жизни, и большинство предпочли бы заниматься силовыми упражнениями (упражнения с гантелями, планка). Больше половины пациентов захотели узнать о питании при гипотиреозе.

На основании проведенной работы были выявлены основные направления деятельности медицинской сестры: организация беседы о правильном питании, вредных привычках и равномерном распределении физических нагрузок. Необходимо провести беседу с пациентом о его заболевании, предупреждении возможных осложнений и профилактике.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бокарев, И.Н. Внутренние болезни: дифференциальная диагностика и лечение [Электронный ресурс] : учебник / И.Н. Бокарев, Л.В. Попова – М. : Медицинское информационное агентство, 2015. – Режим доступа: https://minidoctor.com/docs/vnutrennie_bolezni_bokarev_in_differencialnaya_diagnostika_i_terapiya-1722.html
2. 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>
3. Кишкун, А.А. Клиническая лабораторная диагностика [Электронный ресурс] : учебное пособие для медицинских сестер / А.А. Кишкун. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970430736.html>
4. Лычев, В.Г. Сестринский уход в терапии. Участие в лечебно-диагностическом процессе : учебник [Электронный ресурс] / В.Г. Лычев, В.К. Карманов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970447246.html>
5. 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>
6. Пузин, С.Н. Медико-социальная деятельность [Электронный ресурс] / под ред. С.Н. Пузина, М.А. Рычковой. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441039.html>
7. Сединкина, Р.Г. Сестринская помощь при заболеваниях эндокринной системы и обмена веществ [Электронный ресурс] : учебное пособие / Р.Г. Сединкина, Л.Ю. Игнатюк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970425862.html>
8. Скворцов, В.В. Клиническая эндокринология. Краткий курс [Текст] / В.В. Скворцов, А.В. Тумаренко. – Санкт-Петербург : СпецЛит, 2015. – Режим

доступа: <https://www.libfox.ru/636955-vsevolod-skvortsov-klinicheskaya-endokrinologiya-kratkiy-kurs.html>

9. 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>
10. Чучалин, А.Г. Клиническая диагностика [Электронный ресурс]: учебник / А.Г. Чучалин, Е.В. Бобков. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448366.html>

ПРИЛОЖЕНИЯ

Диета с пониженной калорийностью (низкокалорийная диета)

Показания: гипотиреоз, ожирение, сахарный диабет.

Общая характеристика: уменьшение энергетической ценности рациона за счет углеводов, легкоусвояемых жиров при нормальном или незначительном содержании белка. Ограничены свободная жидкость, поваренная соль и возбуждающие аппетит продукты. Пища теплая, блюда готовят вареные, тушеные, запеченные.

Режим питания: 5-6 раз в день.

Разрешенные продукты: хлеб ржаной (150 г / день), молоко, кефир, обезжиренный творог и блюда из него, неострый сыр. Нежирную говядину, курицу, индейку, кролика в отварном виде. Нежирных сортов рыбу, нерыбные продукты моря, яйца (не более 2 штук в день). Овощи сырые и отварные, несладкие плоды и ягоды. Гречневую, овсяную каши. Салаты и винегреты. Чай, некрепкий кофе, томатный сок, фруктово-ягодные соки из кислых плодов.

Исключают: изделия из пшеничной муки, сдобного теста. Картофельные, бобовые, макаронные супы. Жирные сорта мяса, птицы, рыбы, колбасы, мясные и рыбные консервы, соленое мясо и рыба, копчености. Жирный творог, сыры и сливки. Рисовые и манные крупы. Сладкие сорта плодов и ягод, сухофруктов. Сахар, кондитерские изделия, варенье, мед, сладкие соки, газированные напитки. Жирные и острые закуски, соусы, майонез, все пряности и специи.

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 гипотиреозом.

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. Как изменилась работоспособность за последнее время?
 - a) Никаких изменений не замечаю;
 - b) Я быстро устаю;
 - c) Сил стало меньше.
4. Есть ли изменения в состоянии ногтей?
 - a) Ногти легко гнуться, стали тонкими;
 - b) Всегда были плохими;
 - c) Всегда были отличными.
5. Есть ли изменения в состоянии волос?
 - a) Густые, блестящие, хорошо растут;
 - b) Активно выпадают, стали тонкими;
 - c) Всегда были плохие.
6. Ваш рост _____.

7. Ваш вес _____.
8. Знаете ли вы причины возникновения гипотиреоза?
 - a) да, знаю;
 - b) нет, не знаю;
9. Откуда Вы узнали о таком заболевании, как гипотиреоз?
 - a) Медицинские работники;
 - b) СМИ и интернет;
 - c) Ближайшее окружение.
10. Есть ли у Ваших родственников данное заболевание?
 - a) да, было;
 - b) нет, никогда.
11. Принимаете ли Вы гормональные препараты?
 - a) да, принимаю;
 - b) нет, не принимаю.
12. Часто ли Вы посещаете врача - эндокринолога?
 - a) Больше 2 раз в год;
 - b) 1 раз в год;
 - c) Очень редко;
 - d) Никогда не посещаю.
13. Уровень Вашей физической активности:
 - a) нет физической нагрузки;
 - b) легкие физические нагрузки;
 - c) умеренные физические нагрузки;
 - d) интенсивный спорт.
14. Какими бы Вы физическими нагрузками хотели заниматься?
 - a) кардио упражнения (бег, ходьба, велоспорт);
 - b) силовые упражнения (упражнения с гантелями, планка).
15. Знаете ли Вы как необходимо питаться при гипотиреозе?
 - a) да, знаю;
 - b) частично;

с) нет, не знаю.

16. Какую информацию Вы бы хотели получить про данное заболевание?

а) О питании при гипотиреозе;

б) О двигательном режиме;

с) О профилактике.