

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://studservis.ru/gotovye-raboty/diplomnaya-rabota/23789>

**Тип работы:** Дипломная работа

**Предмет:** Медицина

Оглавление

Введение 3

Глава 1. Теоретические аспекты изучения проблемы ухода за пациентом с сахарным диабетом 5

1.1. Этиология и патогенез сахарного диабета 5

1.2. Лечение и профилактика сахарного диабета 10

1.3. Особенности ухода за пациентом с сахарным диабетом 12

Глава 2. Анализ роли медицинской сестры в уходе за больными с сахарным диабетом 17

2.1. Организация исследования 17

2.2. Результаты исследования и их обсуждение 20

Заключение 37

Список использованной литературы 40

Приложения 43

Введение

Актуальность. По данным Международной Федерации Диабета (IDF) и Всемирной организации здравоохранения, сегодня в мире диабетом болеет 285 000 000 человек [1]. Прогнозы экспертов показывают, что к 2025 году их количество достигнет 380 000 000 человек, а к 2030 году - 435 000 000 человек [2]. На данный момент, в мире каждый третий имеет склонность к заболеванию сахарным диабетом (СД), а каждый пятый болеет. Для людей, больных сахарным диабетом жизненно важно контролировать уровень сахара в крови и сохранять сбалансированный рацион питания.

Большая и значимая роль медицинской сестры в профилактике многих заболеваний. Именно медицинская сестра проводит у пациента большую часть своего времени и имеет право и обязана доносить знания о профилактике заболеваний различных органов и систем. Сегодня уже не вызывает сомнения тот факт, что для эффективного лечения диабета нужны совместные усилия медицинского работника и пациента. Это возможно только в том случае, когда пациенты соответствующим образом ознакомлены и выполняют основные принципы постоянного самоконтроля по болезни.

Опыт некоторых стран (США, Канады, Германии) указывает на то, что обучение больных является обязательным и интегральной частью лечения сахарного диабета (СД) [7]. Статистические данные свидетельствуют, что квалифицированное обучение пациентов принципам самоконтроля заболевания способствует снижению количества госпитализаций и тяжелых осложнений по поводу СД в несколько раз. На сегодня есть все условия для успешного достижения больным оптимального уровня гликемии: индивидуальные глюкометры различных типов, инсулиновые помпы и тому подобное. ВОЗ официально признала обучение полноправным методом лечения хронических заболеваний, равнозначным медикаментозному и хирургическому. Был введен термин «терапевтическое обучение пациентов» [5], которое предоставляет пациенту возможность овладеть умениями, что позволяют оптимально управлять своей жизнью при заболевании СД [1,3, 4]. Это непрерывный процесс, который должен быть интегрированным в систему медицинской помощи, сконцентрированным на пациенте и включать информацию по обучению «самоконтролю» и психологической поддержки больного [2, 6].

Цель работы - определить особенности ухода за пациентом и роль медсестры в уходе за пациентом с сахарным диабетом.

Гипотеза исследования. Внедрение программы физической реабилитации под наблюдением и с участием медсестры будет иметь позитивное влияние на функциональное состояние пациентов при сахарном диабете. Правильно построенная программа ухода будет способствовать снижению показателей глюкозы в крови, снижению веса, улучшению состояния сердечно-сосудистой системы, снижению болевых ощущений.

Задачи:

1. Изучить теоретические аспекты изучения проблемы ухода за пациентом с сахарным диабетом

2. Провести анализ роли медицинской сестры в уходе за больными с сахарным диабетом.

Объект исследования: уход за пациентом при сахарном диабете.

Предмет исследования: средства и методы ухода медсестры за пациентом с сахарным диабетом.

Методы исследований:

1. Анализ профессиональной научно-методической литературы.

2. Социологические: опрос (анкетирование).

3. Медико-биологические методы: взвешивание, измерение АД, ЧСС, определение уровня тренированности сердца по М. Амосову, индекс массы тела (индекс Кетле), Индекс Робинсона и определение уровня глюкозы в крови.

4. Методы математической статистики.

## Глава 1. Теоретические аспекты изучения проблемы ухода за пациентом с сахарным диабетом

### 1.1. Этиология и патогенез сахарного диабета

Сахарный диабет (СД) - это группа метаболических (обменных) заболеваний, характеризующихся хронической гипергликемией вследствие нарушений секреции инсулина, действия инсулина или обоих этих факторов. Хроническая гипергликемия при СД сопровождается поражением, дисфункцией и недостаточностью различных органов, особенно глаз, почек, нервов, сердца и кровеносных сосудов [3].

СД определен Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) как неинфекционная эпидемия, именно в связи с этим 2006 принята резолюция ООН о борьбе с СД. Это четвертая за всю историю ООН резолюция о заболеваниях, первые три были посвящены борьбе с малярией, туберкулезом, ВИЧ-инфекцией. Если в начале 80-х годов прошлого века число больных СД составило около 30 млн., то сегодня это уже более 366 млн., а по прогнозам экспертов Международной диабетической федерации (МДФ) и ВОЗ к 2030 году ожидается более 552 млн. Число больных СД 2-го типа растет во всех без исключения странах мира чаще всего среди людей в возрасте от 40 до 59 лет. К тому же 183 млн людей с СД остаются недиагностированными. СД вызвал 4600000 случаев смерти в 2011 году, а расходы СД достигали по крайней мере 465 млрд долларов США [1].

В развитых странах количество больных составляет в среднем 2-4% от общей популяции. С возрастом частота СД возрастает, достигая у лиц старше 65 лет, 7-8%. Истинная заболеваемость населения СД намного выше, так как соотношение числа зарегистрированных больных и лиц со скрытым, диагностированным диабетом составляет 1: 2,5: 3. Согласно с данными мировой статистики, каждые 13-15 лет количество людей с СД удваивается.

В подавляющем большинстве случаев СД зачисляется к двум крупным этиологическим и патогенетическим категориям. Причина СД 1-го типа - абсолютный дефицит секреции инсулина. Лица с высоким риском развития этого типа СД часто могут быть идентифицированы с серологическими признаками аутоиммунного патологического процесса в панкреатических островках, а также по генетическим маркерам. При СД 2-го типа причина заключается в комбинации резистентности к инсулину и неадекватном компенсаторном инсулин-секреторному ответу. В этой категории степень гипергликемии приводит к патологическим и функциональным изменениям в органах-мишенях, но эта гипергликемия еще не вызывает возникновение клинических симптомов и может существовать в течение длительного периода времени до момента выявления СД. За этот бессимптомный период можно выявить нарушения углеводного обмена путем определения уровня глюкозы плазмы натощак или после приема нагрузки глюкозой.

Сахарный диабет 1-го типа - иммуноопосредованная форма диабета, что диагностируется у 5-10% общего количества больных. Маркерами иммунной деструкции бета-клеток является аутоантитела к различным структурам островков (аутоантитела к инсулину, глутаматдекарбоксилазе, тирозинфосфатазе и поверхностные антигенам бета-клетки. Наличие положительных аутоантител определяется в 85-90% лиц при первой диагностике гипергликемии натощак. Отмечается сильная ассоциация с генами главного комплекса гистосовместимости (HLA) в области DQA, DQB генах. Эти HLA - DR / DQ-алели могут быть как способствующими развитию СД, так и защитными. При этой форме СД прогрессирование деструкции бета-клеток происходит по-разному. В детском возрасте наблюдается более быстрая потеря бета-клеток, и уже к концу первого года заболевания остаточная функция угасает. У детей и подростков клиническая манифестация заболевания протекает обычно с явлениями кетоацидоза. При развитии заболевания в возрасте после 25 лет отмечается умеренная гипергликемия натощак, которая нередко при присоединении инфекции или стресса может быстро измениться выраженной гипергликемией и / или кетоацидозом. в то

же время у взрослых остаточная функция бета-клеток сохраняется достаточно долго. Такой уровень функционального состояния достаточный для предотвращения развития кетоацидоза в течение многих лет. Хотя в конце концов больные с такой формой СД 1-го типа становятся зависимыми от экзогенного инсулина. В дальнейшем секреция инсулина постепенно снижается и развивается абсолютный дефицит инсулина, что подтверждается низким уровнем С-пептида плазмы или его полным отсутствием.

Аутоиммунный диабет обычно начинается в детском и подростковом возрасте, но может развиваться в любом возрасте, даже на восьмом или девятом десятках лет [6].

Сахарный диабет 2-го типа в прошлом назывался инсулиннезависимым диабетом или диабетом пожилых людей. У таких больных наблюдается резистентность к инсулину и обычно относительная (чаще, чем абсолютная) недостаточность инсулина. Большинство больных с этой формой имеют ожирение, что также способствует возникновению инсулинорезистентности. Характерный абдоминальный тип ожирения. Кетоацидоз обычно связан со стрессом вследствие другого заболевания, например инфекции. Эта форма СД часто остается недиагностированной на протяжении многих лет, поскольку гипергликемия развивается постепенно. Однако такие больные находятся в состоянии повышенного риска развития макро- и микрососудистых осложнений. Лица с этой формой СД могут иметь уровень инсулина, близкий к норме или повышенный, одновременно с высоким уровнем гликемии. Риск развития этого типа СД увеличивается с возрастом, наличием ожирения и недостаточной физической активностью. Он возникает чаще у женщин с гестационным СД в анамнезе и у пациентов с артериальной гипертензией и дислипидемией. Частота СД 2-го типа отличается в расовых и этнических подгруппах. СД 2-го типа часто ассоциирован с сильной генетической предрасположенностью, даже больше, чем аутоиммунная форма СД 1-го типа. Однако генетика СД 2-го типа сложная и пока четко не определена [6].

Поражение кожи у больных СД разнообразны и объединяются под одним термином "диабетическая дерматопатия": сухость кожи, рубец на лице, желтушность ладоней и стоп (вследствие нарушения обмена каротина), гиперкератоз (в первую очередь на стопах), утолщение ногтей. Часто гнойничковые заболевания, плохо лечатся. Ксантоматоз - жировые узелки желтоватого цвета на ладонях и стопах, тыла локтевых суставов [7].

Поражение костной системы является следствием нарушения обмена веществ и при длительном течении наблюдается у большинства больных. Характерным является системный остеопороз, остеоартроз, остеоартропатии. Происходит постепенное разрушение костей. Возможны патологические вывихи, деформации, преимущественно в стопах. Больные жалуются на боль в пояснице, в костях, часто боль при перкуссии костей. Рентгенологически наблюдается остеопороз, остеосклероз, постепенное разрушение структуры костей и их перестройка. У больных СД в 2-3 раза чаще встречается грыжа Шморля, контрактура Дюпуйтрена [8].

Поражение органов пищеварения при СД наблюдается часто. У больных наблюдается выпадение зубов, гингивит, стоматит.

Поражение печени (гепатопатия) часто (20-30%) наблюдается у больных СД. Термин "диабетическая гепатопатия" включает следующие синдромы: гепатомегалия, жировая инфильтрация печени, висцеральная нейропатия. ДГ имеет благоприятное течение и редко приводит к гепатоцеллюлярной недостаточности. Способствует развитию гепатопатии ожирение, гипергликемия, хронические воспалительные процессы, и наоборот, холестаза в сочетании с инфекцией приводят к воспалительным процессам. Происходит взаимное ухудшение течения заболеваний. Часто встречаются дискинезии желчного пузыря (сначала гипертонического типа, а затем гипотонического), которые приводят к холестазу и возникновению желчнокаменной болезни, хронического холецистита. Часто наблюдается лямблиоз [7].

Поражение сердечно - сосудистой системы является частым у больных СД и при длительном течении достигает 100%. Атеросклероз у больных СД наблюдается значительно чаще, чем среди общей популяции и имеет свои особенности:

- генерализованный характер;
- раннее начало (в молодом возрасте у больных СД 1 типа);
- тяжелое течение;
- одинаково часто у больных обоего пола.

Чаще всего наблюдается атеросклеротическое поражение коронарных сосудов, сосудов мозга и нижних конечностей. Атеросклероз является основной причиной развития инфаркта миокарда, мозговых инсультов и гангрены нижних конечностей у больных СД. Эти поражения является наиболее частой причиной смерти. У больных СД острый инфаркт миокарда (ИМ) развивается в 3-5 раз чаще и ход его по сравнению с лицами без СД, имеет свои особенности:

- часто атипичные варианты (боль, астматический, аритмичный, коллаптоидное и т.п.);
- часто ИМ трансмуральный, крупноочаговый, рецидивирующий (повторный ИМ в 1,5-2 раза чаще)
- чаще поражается задняя стенка миокарда
- течение ИМ тяжелее и прогноз хуже (смертность вдвое выше)
- несоответствие клиники и ЭКГ: ЭКГ - динамика замедленная, отрицательная «Т» формируется поздно,
- часто возникают осложнения: шок, аневризма, аритмии, отек легких и др. [9].

Остроту проблемы определяет не только широкое распространение, но и быстрое развитие осложнений, которые приводят к инвалидности и смерти больных. Среди других заболеваний СД характеризуется наиболее ранней инвалидизацией. В разных странах общества слепых на 60-85% формируют больные СД. Среди таких больных инфаркт миокарда диагностируется в 2-5 раз чаще, чем в популяции того же возраста; гангрена нижних конечностей случается в 200 раз чаще; 50-70% всех ампутаций нижних конечностей, не связанных с травматизмом, приходится на больных с диабетом. Как и во всем мире, в РФ число больных растет в основном из-за заболеваемости СД 2-го типа [5].

#### Список использованной литературы

1. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / Под ред. И.И. Дедова, М.В. Шестаковой. - М.: ООО «Информополиграф», 2009. - с. 103.
2. Аметов А.С. Сахарный диабет 2 типа. Проблемы и решения. - М.: ГЭОТ АР Медиа, 2011. - 704с.
3. Астамирова Х. С., Ахманов М. С. Настольная книга диабетика. - М.: Изд-во Эксмо, 2004. - 320с. ИББК 5-699-04658-5
4. Балаболкин М.И. Лечение сахарного диабета и его осложнений: [учеб. пособие] / М.И. Балаболкин, Е. М. Клебанова, ВМ. Кремнинская. - М.: ОАО «Издательство» Медицина». - 2005. - с. 242.
5. Бокарев И.Н., Великов Б.К., Шубина О.И. Сахарный диабет: Руководство для врачей. — М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2006. — 400 с.
6. Вахтангишвили Р.Ш. Диагноз сахарный диабет - не приговор /Р.Ш. Вахтангишвили, В.В. Кржечковская. - Ростов н / Д.: Феникс, 2006. - с. 249.
7. Власенко М.В. Комбинированная терапия сахарного диабета 2го типа: когда и с чего начинать? // Международный эндокринологический журнал. - 2014. - № 1(33). - С. 2027.
8. Дедов И. И. Болезни органов эндокринной системы. /Под редакцией академика РАМН И.И. Дедова. - М.: Медицина, 2000. - С. 149-165.
9. Дедов И. И., Мельниченко Г. А., Рациональная фармакотерапия заболеваний эндокринной системы и нарушений обмена веществ. /Под общей редакцией И.И.Дедова, Г. А. Мельниченко. - М.: «Литерра», 2006. - С.204-210.
10. Дедов И. И., Шестакова М. В. Сахарный диабет. Руководство для врачей. — М.: Универсум Пабблишинг, 2003. — 339 с.
11. Дедов И.И. Сахарный диабет - Опаснейший вызов мировому сообществу / И.И. Дедов // Вестник РАМН. - 2012. - № 1. - с. 7-13.
12. Дедов И.И., Удовиченко О.В., Галстян Г.Р. Диабетическая стопа. — М.: Практ. медицина, 2005. — 197 с. — 22
13. Дубровский В.И. Спортивная медицина. - М.: Гумм. изд. ВЛАДОС, 2005. - 528 с.
14. Журнал «диабетика» [Электронный ресурс] - Режим доступа к ресурсу: [http://www.budgetrf.ru/Publications/Magazines/VestnikSF/2011/VSF\\_NE W-201 106 101 220 / VSF\\_NEW20 1106101220\\_p\\_002.htm](http://www.budgetrf.ru/Publications/Magazines/VestnikSF/2011/VSF_NE W-201 106 101 220 / VSF_NEW20 1106101220_p_002.htm)
15. Зелинского Б. А. Эндокринология. /Под редакцией проф. Б. А. Зелинского. - О.: ОКФА, 2000. - С.102-110, 171-174, 264-271, 289-295.
16. Калмыков С. А. Актуальные вопросы лечебной физической культуры в реабилитации больных сахарным диабетом II типа / Калмыков С. А. // Слободжанський науково-спортивний вісник. - Х., 2007. - Вип. 12. - С. 171 - 174с.
17. Калмыкова Ю. С. Особенности лечебного питания при сахарном диабете / Калмыкова Ю.С. // Педагогика психология - 2010 - с. 30-34.
18. Касаткина Э.П. Сахарный диабет - М.: Медицина, 1996. - С. 162-167.
19. Касаткина Э.П. Физические нагрузки у больных сахарным диабетом I и II типа // Пробл. эндокринолог., 1992. - Т. 34, №1. - С. 43-48.
20. Косыгина А. В. Новое в патогенезе ожирения: адипокины - гормоны жировой ткани / А. В. Косыгина, О. В. Васюкова // Проблема эндокринологии. - 2009. - №1. - С. 44 - 50.

21. Кравчун Н.А., Казаков А.В., Караченцев Ю.И. и др. Сахарный диабет 2 типа: скрининг и факторы риска. - Х.: Новое слово, 2010. - 256с.
22. Крайг Г. Психология развития. Пер. с англ.— СПб., 2000. - 132с.
23. Лейкок Дж. Основы эндокринологии / Лейкок Дж., Вайс П. - М., 2000. - 502с.
24. Отдаленные результаты терапевтического обучения больных сахарным диабетом типа 1 / Г. Г. Галстян, А. Ю. Майоров, А. Н. Двойнишникова и др. // Проблемы эндокринологии. - 2005. - Т. 51, № 3. - С. 50-55.
25. Российская диабетическая ассоциация [Электронный ресурс] - Режим доступа к ресурсу: [http : // www . diabetes - ru . org / news / diabetes - news](http://www.diabetes.ru/news/diabetes-news)
26. Самойлов А.А. Вопросы диетологии при системных метаболических нарушениях / А.А. Самойлов // Новости медицины и фармации. - 2007 - № 20 (228). - с. 16-17.
27. Совершенствование обучению самоконтроля больных сахарным диабетом практика контроля компенсации болезни и ее осложнений у детей и подростков / В. А. Музь, Н. М. Музь, А. В. Антропова [и др.] // Эндокринология. - 2013. - Т. 18, № 3. - С. 64-69.
28. Сунц Ю.И. Скрининг осложнений сахарного диабета как метод оценки качества лечебной помощи больным / Ю.И. Сунц, И.И. Дедов, М.В. Шестакова. - М., 2008. - с. 67.
29. Фадеев П. А. Сахарный диабет. Доступно и достоверно / П. А. Фадеев. - М.: Оникс, 2009. - 208 с.

*Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:*

<https://studservis.ru/gotovye-raboty/diplomnaya-rabota/23789>