

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/69540>

Тип работы: Дипломная работа

Предмет: Медицина

Содержание

Введение 3

1 Теоретическое обоснование исследуемой темы 6

1.1 Сахарный диабет: этиология, патогенез, клиническая картина 6

1.2 Гипогликемия у больных сахарным диабетом: этиология, патогенез 10

1.3 Компоненты неотложной помощи при гипогликемической коме 18

1.4 Профилактика гипогликемической комы: особенности, роль фельдшера 22

2 Анализ полученных результатов 26

2.1 Характеристика базы проведения исследования- ДКБ на ст. 26 Иркутск-пассажирский

2.2 Проведение анкетирования 28

2.3 Результаты анкетирования и их анализ

Заключение 49

Список использованных источников 53

Приложение 56

Введение

Актуальность исследования.

Сахарный диабет (СД) входит в число самых распространенных в мире хронических заболеваний. В последнее время это заболевание стало изучаться как социальная проблема, становящаяся все более актуальной. Это связано с тем, что происходит увеличение количества людей, страдающих сахарным диабетом, хроническим характером течения заболевания, развитием разного рода осложнений, которые приводят к снижению качества жизни и сокращению ее продолжительности.

Одним из осложнений сахарного диабета является снижение содержания глюкозы в крови – гипогликемия. Если не удалось вовремя распознать и купировать легкую гипогликемию, повышается риск развития такого неотложного состояния, как гипогликемическая кома.

Гипогликемическая кома - кома, которая развивается вследствие резкого снижения содержания глюкозы в крови и выраженного энергетического дефицита в головном мозге.

В профилактике развития гипогликемической комы особая роль принадлежит фельдшеру. Важность оказания своевременной помощи при гипогликемии, до того, как больной впадет в состояние комы является важным и актуальным вопросом, требующим рассмотрения.

Цель исследования – определить роль фельдшера в профилактике гипогликемической комы.

Для достижения вышеуказанной цели, мы поставили следующие задачи:

- 1) Изучить теоретические источники по данной теме;
- 2) Изучить роль фельдшера при гипогликемической коме;
- 3) Неотложная помощь при гипогликемической коме;
- 4) Провести анкетирование и проанализировать его результаты.

Объектом исследования является патологическое состояние – гипогликемическая кома при сахарном диабете.

Предметом исследования является роль фельдшера в профилактике гипогликемической комы.

Методологической основой исследования послужили следующие методы исследования:

1. теоритический (анализ литературы по данной теме),

2. эмпирический

Базой проведения исследования является ДКБ на ст. Иркутск-пассажирский.

В первой главе определяются компоненты неотложной помощи при гипогликемической коме и определяются особенности профилактики гипогликемической комы и роли фельдшера в данном процессе. Во второй главе дается характеристика базы проведения исследования - ДКБ на ст. Иркутск-пассажирский, проводится анкетирование больных, страдающих сахарным диабетом, и анализ результатов проведенного анкетирования.

В заключение сделаны выводы, в соответствии с поставленной целью и задачами.

1. Теоретическое обоснование исследуемой темы

1.1 Сахарный диабет: этиология, патогенез, клиническая картина

Сахарный диабет – самое распространенное эндокринное заболевание, которое является острой медико-социальной проблемой, относящейся к приоритетам национальных систем здравоохранения практически всех стран мира.

Сахарный диабет (СД) – это группа метаболических (обменных) заболеваний, характеризующихся хронической гипергликемией, которая является результатом нарушения секреции инсулина, действия инсулина или обоих этих факторов. Хроническая гипергликемия при СД сопровождается повреждением, дисфункцией и недостаточностью различных органов, особенно глаз, почек, нервов, сердца и кровеносных сосудов.

Классификация сахарного диабета представлена в таблице 1.

Таблица 1 - Классификация сахарного диабета

СД 1 типа – нарушение углеводного обмена, которое вызвано деструкцией β -клеток поджелудочной железы, обычно приводящей к абсолютной инсулиновой недостаточности.

Сахарный диабет 1 типа развивается вследствие аутоиммунной деструкции инсулинопродуцирующих панкреатических клеток. В соответствии с современными представлениями, этот тип диабета, несмотря на острое начало, имеет длительный скрытый период.

При сахарном диабете 1 типа иммунная система организма атакует инсулин-продуцирующие клетки поджелудочной железы. В результате организм теряет способность вырабатывать необходимый ему инсулин. Причина развития данного типа диабета полностью не известна и до конца не изучена. Данное заболевание встречается у людей любого возраста, но чаще бывает у детей или подростков.

Людям с этой формой диабета инсулин необходим каждый день для того, чтобы контролировать уровень глюкозы в крови. Без инсулина у человека с диабетом 1-го типа может быстро развиваться опасное для жизни состояние, известное как диабетический кетоацидоз, который может привести к летальному исходу при отсутствии быстрого и правильного лечения. Но при ежедневном лечении инсулином, регулярном мониторинге уровня глюкозы в крови, здоровом питании и поддержании здорового образа жизни люди с диабетом 1-го типа могут вести нормальную, здоровую жизнь.

СД 2 типа – нарушение углеводного обмена, которое вызвано преимущественной инсулинорезистентностью и относительной инсулиновой недостаточностью или преимущественным нарушением секреции инсулина с инсулинорезистентностью или без нее.

В настоящее время известно, что в патогенезе СД 2 важную роль играют:

1. наследственная предрасположенность,
2. образ жизни и питания, ведущие к ожирению,
3. инсулинорезистентность,
4. нарушение секреции инсулина,
5. повышенная продукция глюкозы печенью.
6. нарушения инкретинового ответа.

Сахарный диабет 2-го типа — наиболее часто встречающийся тип диабета. Обычно он диагностируется у взрослых людей, но все чаще встречается у детей и подростков. При диабете 2-го типа организм может вырабатывать инсулин, но становится устойчивым к инсулину, поэтому инсулин перестает работать должным образом. Со временем уровни инсулина могут стать слишком низкими и неэффективными. Как резистентность к инсулину, так и низкий уровень инсулина приводят к высоким уровням глюкозы в крови при диабете 2-го типа.

В отличие от людей с диабетом 1-го типа, людям с диабетом 2-го типа не обязательно получать инсулин каждый день. Для таких людей контроль заболевания включает в себя правильное сбалансированное питание, увеличение физической активности, контроль массы тела и, при необходимости, прием лекарств. Существуют различные виды лекарств (в форме таблеток), а также инъекционные методы лечения, включая инсулин, которые предназначены для необходимого контроля уровня глюкозы в крови для людей с диабетом 2-го типа.

Гестационный диабет

Гестационный диабет — это тип диабета или высокий уровень глюкозы в крови, который впервые обнаруживается обычно во время второго или третьего триместра беременности и не является ранее существовавшим диабетом 1-го или 2-го типа. По данным Международной федерации диабета (IDF) за 2017 год, гестационный диабет возникал у каждой седьмой роженицы в мире.

Мониторинг уровня глюкозы в крови и тщательное соблюдение рекомендаций вашего врача поможет вам и вашему ребенку избежать осложнений, связанных с гестационным диабетом. Как правило, после родов уровень глюкозы в крови возвращается к норме. Однако, если у пациента был установлен гестационный диабет, существует большая вероятность того, что он может возникнуть повторно при следующей беременности; также повышается риск развития диабета 2-го типа в дальнейшем.

Клиническими проявлениями сахарного диабета у большей части больных СД:

- 1) полиурия,
- 2) полидипсия,
- 3) полифагия.

Вышеуказанные симптомы называют классической триадой.

При обследовании выявляют гипергликемию и глюкозурию, которая служит причиной полиурии.

Гипергликемия обусловлена снижением утилизации глюкозы вследствие недостатка секреции или снижения биологического действия инсулина в тканяхмишенях (резистентность к инсулину, обусловленная уменьшением как количества рецепторов и их аффинности к инсулину, так и количества транспортеров глюкозы).

Гипергликемия ведет к глюкозурии. Полная реабсорбция глюкозы в канальцах почек происходит при уровне глюкозы в крови не выше 8,88 ммоль/л. Более высокая концентрация глюкозы становится причиной ее выделения с мочой. Полиурия, которая в некоторых случаях достигает 8-9 л в сутки, но чаще не превышает 3-4 л, - это следствие осмотического диуреза, который обусловлен высокой концентрацией глюкозы в моче. Частое и обильное мочеиспускание как днем, так и ночью (у детей может появиться ночное недержание мочи).

Полидипсия -это компенсаторная реакция организма, которая направлена на восстановление водного баланса.

Полифагия - также своего рода компенсаторная реакция, позволяющая в какой-то мере увеличить поступление источников энергии в организм и нивелировать их потерю, которая при сахарном диабете проявляется в виде глюкозурии.

1.2 Гипогликемия у больных сахарным диабетом: этиология и патогенез

Гипогликемия – уровень глюкозы плазмы 2,8 ммоль/л, который сопровождается клинической симптоматикой или 2,2 ммоль/л, в независимости от симптомов.

Гипогликемия имеет много причин, при этом основная причина - это избыток инсулина в организме по отношению к поступлению углеводов извне (с пищей) или из эндогенных источников (продукция глюкозы печенью), а также при ускоренной утилизации углеводов (мышечная работа).

Провоцирующими факторами гипогликемии являются:

- 1) Факторы, непосредственно связанные с медикаментозной сахароснижающей терапией:
 - а) передозировка инсулина, препаратов сульфонилмочевины или глинидов: ошибка больного, ошибка функции инсулиновой шприц-ручки, глюкометра, намеренная передозировка; ошибка врача (слишком низкий целевой уровень гликемии, слишком высокие дозы);
 - б) изменение фармакокинетики инсулина или пероральных препаратов: смена препарата, почечная и печеночная недостаточность, высокий титр антител к инсулину, неправильная техника инъекций, лекарственные взаимодействия препаратов сульфонилмочевины;
- 2) Повышение чувствительности к инсулину: длительная физическая нагрузка, ранний послеродовой период, надпочечниковая или гипопитарная недостаточность.

3) Питание: пропуск приема или недостаточное количество хлебных единиц (ХЕ), алкоголь, ограничение питания для снижения массы тела (без соответствующего уменьшения дозы сахароснижающих препаратов); замедление опорожнения желудка (при автономной нейропатии), рвота, синдром мальабсорбции.

4) Беременность (первый триместр) и кормление грудью.

5) Прием салицилатов, β -адреноблокаторов на фоне инсулинотерапии или лечения пероральными сахароснижающими средствами.

Повышенное высвобождение контринсулярных гормонов начинается уже при снижении глюкозы в плазме крови до 3,6 ммоль/л. Лабораторным признаком гипогликемии является снижение уровня глюкозы в плазме крови ниже 2,7 ммоль/л.

Основное значение в патогенезе гипогликемической комы имеет снижение утилизации глюкозы клетками головного мозга - нейрогликопении. Недостаточное обеспечение головного мозга глюкозой приводит к развитию гипоксии с последующим прогрессирующим нарушением метаболизма углеводов и белков в клетках ЦНС.

Раньше всего страдает функция коры головного мозга, затем подкорковые структуры, мозжечок, функции продолговатого мозга, что и обуславливает характерное изменение клинической симптоматики по мере прогрессирования гипогликемического состояния.

На рисунке 1 представлен патогенез гипогликемии.

Рисунок 1 - Патогенез гипогликемии

Клиническая картина гипогликемии характеризуется следующими симптомами:

- Вегетативные симптомы:

- а) сердцебиение,
- б) дрожь,
- в) бледность кожи,
- г) потливость,
- д) мидриаз,
- е) тошнота,
- ж) сильный голод,
- з) беспокойство,
- к) тревога,
- л) агрессивность.

- Нейрогликопенические симптомы:

- а) слабость,
- б) нарушение концентрации,
- в) головная боль,
- г) головокружение,
- д) сонливость,
- е) парестезии,
- ж) нарушения зрения,
- к) растерянность, дезориентация,
- л) дизартрия,
- м) нарушение координации движений,
- н) возможны судороги и другие неврологические симптомы.

Необходимо отметить, что существует такое понятие как «нарушенное распознавание гипогликемии».

Нарушение распознавания гипогликемии (НРГ) – нередкая проблема у больных сахарным диабетом (СД), получающих инсулин.

Периодические проблемы с распознаванием гипогликемии испытывают до половины больных СД1 и СД2, получающих инсулин, а 10–25% имеют значительное нарушение распознавания.

Общепринятого определения НРГ не существует.

В клинической практике под НРГ часто понимают состояние, при котором нейрогликопенические симптомы гипогликемии появляются раньше автономных или вообще без последних.

Согласно другому определению, НРГ – это неспособность распознавать значительное снижение концентрации глюкозы ниже нормального уровня.

Развитие НРГ становится серьезным препятствием в управлении СД, повышает риск тяжелой гипогликемии,

снижает качество жизни. Несмотря на то что о феномене НРГ известно с 20-х годов прошлого столетия, существенный прогресс в изучении этого осложнения достигнут лишь в последние годы. Распознавание гипогликемии определяется физиологическими реакциями организма на снижение концентрации глюкозы в крови, а также способностью головного мозга надлежащим образом воспринимать и обрабатывать эти реакции.

Как было указано ранее, традиционно симптомы гипогликемии делят на вегетативные, связанные с активацией автономной нервной системы и выбросом контринсулярных гормонов (прежде всего катехоламинов), и нейрогликопенические, обусловленные низким поступлением глюкозы в нейроны головного мозга.

В таблице 2 представлены факторы, влияющие на способность распознавать гипогликемию.

Таблица 2 - Факторы, влияющие на способность распознавать гипогликемию

Список использованных источников

1. Алиева Т. Т. Гипогликемия у больных сахарным диабетом типа 2 / Т. Т. Алиева // Научные исследования. - 2017. - №3. - С. 40-41.
2. Дедов И. И. Эпидемиология сахарного диабета в Российской Федерации: клинико-статистический анализ по данным Федерального регистра сахарного диабета / И. И. Дедов // Сахарный диабет. -2017. - №1. - С. 13-41.
3. Дудинская Е. Н., Ткачева О. Н. Гипогликемия: управление рисками при сахарном диабете / Е. Н. Дудинская, О. Н. Ткачева // Эндокринология: Новости. Мнения. Обучение. - 2013. - №1. - С. 89-98.
4. Гончарова Е.В., Петунина Н.А. Управление диабетом и современные возможности самостоятельного гликемического контроля / Е. В. Гончарова, Н. А. Петунина // Медицинский совет. 2017. №3. С. 17-21.
5. Жуматова М.Г., Нурмухаммад Ф.Н. Гипогликемические состояния при сахарном диабете / М. Г. Жуматов, Ф. Н. Нурмухаммад // Вестник КазНМУ. - 2016. - №4. - С. 206-208.
6. Исмаилов С.И., Водовская А.В. Гипогликемия у больных с сахарным диабетом 1-го и 2-го типа: частота и факторы риска (обзор литературы) / С. И. Исмаилов, А. В. Водовская // Международный эндокринологический журнал. - 2018. - №5. - С. 522-526.
7. Камчатнов П.Р., Чугунов А.В. Поражение периферической нервной системы при сахарном диабете / П. Р. Камчатнов, А. В. Чугунов // Нервно-мышечные болезни. - 2016. - №2. - С. 20-26.
8. Климонтов В. В. Нарушение распознавания гипогликемии при сахарном диабете: эпидемиология, механизмы развития, терапевтические подходы / В. В. Климонтов // Сахарный диабет. - 2018. - №6. - С. 513-523.
9. Мельникова О. Г., Майоров А. Ю. Клинические и психологические аспекты гипогликемии при сахарном диабете / О. Г. Мельников, А. Ю. Майоров // Сахарный диабет. - 2010. - №3. - С. 46-50.
10. Мкртумян А. М., Соловьева И. В. Лучшее средство профилактики осложнений сахарного диабета - достижение целевых показателей гликемии / А. М. Мкртумян, И. В. Соловьева // Медицинский совет. - 2017. - №12. - С. 170-174.
11. Моргунов Л.Ю. Самоконтроль при сахарном диабете: почему именно Контур ТС? / Л. Ю. Моргунов// Медицинский совет. - 2014. - №11. - С. 76-80.
12. Мохорт, Т. В. Неотложные состояния при сахарном диабете / Т. В. Мохорт, З. В. Забаровская, А. П. Шепелькевич. - Минск: БГМУ, 2011. - 24 с.
13. Отвагина Т.В. Терапия / Т. В. Отвагина. - Ростов н/Д: Феникс, 2014. - 367 с.
14. Петров А. В. Самоконтроль гликемии при сахарном диабете 2-го типа - обучение пациентов / А. В. Петров // Ремедиум Приволжье. - 2017. - №7. - С. 15-18.
15. Погорелова А.С. Самоконтроль гликемии: взгляд со стороны врача и пациента / А. С. Погорелова // Медицинский совет. - 2014. - №17. - С. 104-107.
16. Светлова О.В., Гурьева И.В. Новый уровень технологий - новый уровень самоконтроля в управлении сахарным диабетом / О. В. Светлова, И. В. Гурьева // Медицинский совет. - 2015. - №7. - С. 48-50.
17. Сединкина Р.Г. Сестринское дело в терапии / Р. Г. Сединкина. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2010. - 250 с.
18. Старостина Е. Г. Гипогликемия и гипогликемическая кома / Е. Г. Старостина // Медицинский совет. - 2013. - №5. - С. 6-10.
19. Торшхоева Х.М., Городецкий В.В. Неотложные состояния при сахарном диабете на догоспитальном этапе / Х. М. Торшхоева, В. В. Городецкий // Медицина неотложных состояний. - 2016. - №1. - С. 147-152.
20. Хамнуева, Л.Ю., Андреева. Л.С., Шагун, О.В. Сахарный диабет и его осложнения: современные принципы

диагностики, лечения и профилактики / Л.Ю. Хамнуева, Л.С. Андреева, О.В. Шагун; ГБОУ ВПО ИГМУ Минздравсоцразвития России.-Иркутск: ИГМУ, 2011.- 138с.

21. Юкина М. Ю. Гипогликемический синдром (инсулинома): патогенез, этиология, лабораторная диагностика. Обзор литературы / М. Ю. Ююкина // Проблемы эндокринологии. - 2017. - №4. – С. 245-256.

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/69540>