Исследовательская работа

«ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА И НАБЛЮДЕНИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА»

Выполнила:

Студентка 3 курса, специальности «Сестринское дело»

Мкртичян Алина Давидовна

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ……………………………………………………………………….4

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ О САХАРНОМ ДИАБЕТЕ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

* 1. Механизмы возрастных изменений толерантности к глюкозе………….6
  2. Чувствительность тканей к инсулину………………………………….…6
  3. Секреция инсулина…………………………………………………............7
  4. Продукция глюкозы печенью……………………………………………...7
  5. Клиническая картина………………………………………………............7
  6. Диагностика СД у лиц пожилого и старческого возраста…………….....9
     1. Лабораторная диагностика..….…………………………..........9
     2. Инструментальная диагностика……………………….…..…10
  7. Принципы лечения СД у лиц пожилого и старческого возраста…….10
     1. Физические нагрузки…………..…………………………..…11
     2. Диета………………..……………………………………….…11
     3. Пероральные сахароснижающие препараты……………..…12

Выводы по главе 2…………………………………………………………..…...15

ГЛАВА 2.ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА И НАБЛЮДЕНИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

2.1.Сестринские вмешательства ………………………………………………..16

2.2. Наблюдение 1………………………………………………………..............18

2.3. Наблюдение 2………………………………………………………………..23

Выводы по главе 2………………………………………………………….……27

ЗАКЛЮЧЕНИЕ………………………………………………………………......28

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ………………………………………………….……30

ПРИЛОЖЕНИЯ………………………………………………………………….31

**ВВЕДЕНИЕ.**

Сахарный диабет (СД) является острейшей медико-социальной проблемой, относящейся к приоритетам национальных систем здравоохранения практически всех стран мира, защищенным нормативными актами ВОЗ.

Распространенность сахарного диабета в западных странах составляет 2-5% населения, а в развивающихся достигает 10-15%. Каждые 15 лет число больных удваивается. Если обратиться к данным статистики, то они говорят о том, что если в 1994 году в мире насчитывалось 120,4 млн. больных сахарным диабетом, то к 2010 году их число, по прогнозам специалистов, составит 239,3 млн. В России сахарным диабетом страдают около 8 млн. человек.

В 21 веке проблема сахарного диабета (СД) приобрела масштабы глобальной эпидемии, касающейся населения всех стран мира, национальностей и всех возрастов. Наиболее быстрыми темпами увеличивается численность больных СД старшего возрастного поколения (65 лет и старше). По данным третьего пересмотра национального регистра здоровья США (NHANES III), распространенность СД типа II (СД II) составляет около 8% в возрасте 60 лет и достигает максимальных значений (22–24%) в возрасте старше 80 лет. Аналогичные тенденции наблюдаются и в России.

При уходе за пациентами с сахарным диабетом медицинская сестра должна знать не только основные симптомы, но и множественные осложнения, которые в пожилом и старческом возрасте развиваются более быстро и необратимо. Медсестра должна своевременно осуществить уход за пожилым пациентом и продолжать наблюдение после устранения проблем.

**Цель работы**: углубленное изучение роли медицинской сестры при оказании медицинской помощи пациентам пожилого возраста с сахарным диабетом.

**Область исследования**: заболевание эндокринной системы.

**Объект исследования:** особенности ухода за пожилыми пациентами с сахарным диабетом.

**Предмет исследования**: статистические данные, карты сестринского процесса.

**Задачи работы:**

1. Проанализировать медицинскую литературу по клиническим проявлениям сахарного диабета.
2. Изучить новейшие достижения медицины в лечении сахарного диабета.
3. Углубить знания по уходу за пожилыми пациентами с сахарным диабетом.
4. Сравнить сестринский уход за пожилыми пациентами, на примере сравнения карт сестринского процесса.

**Для проведения исследования использовались следующие методы:**

1. научно-теоретический анализ медицинской литературы по данной теме;
2. субъективный метод клинического обследования пациента (сбор анамнеза);
3. объективные методы обследования пациента (физикальные, инструментальные, лабораторные);
4. биографические (анализ анамнестических сведений, изучение медицинской документации).

**Практическая значимость:**подробное раскрытие материала по теме курсовой работы позволит повысить качество сестринской помощи пациентам с сахарным диабетом.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ О САХАРНОМ ДИАБЕТЕ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

* 1. ***Механизмы возрастных изменений толерантности к глюкозе***

Возрастные изменения толерантности к глюкозе характеризуются тем, что после 50 лет за каждые последующие 10 лет:

* Гликемия натощак увеличивается на 0,055 ммоль/л (1 мг %)
* Гликемия через 2 ч после еды увеличивается на 0,5 ммоль/л (10 мг%)

Как следует из обозначенных тенденций, наибольшие изменение претерпевает гликемия после еды (так называемая постпрандиальная гликемия), в то время как гликемия натощак с возрастом изменяется незначительно.

Как известно, в основе развития СД II лежат 3 основных механизма:

* сниженная чувствительность тканей к инсулину (инсулинорезистентность),
* неадекватная секреция инсулина в ответ на пищевую нагрузку,
* гиперпродукция глюкозы печенью.

Для того чтобы понять особенности возрастных изменений толерантности к углеводам, необходимо проследить, какой же из механизмов, лежащих в основе развития СД II , претерпевает максимальные изменения по мере старения организма.

* 1. ***Чувствительность тканей к инсулину***

Снижение чувствительности тканей к инсулину (инсулинорезистентность) является основным механизмом, приводящим к нарушениям углеводного обмена у людей с избыточной массой тела. У лиц пожилого возраста с помощью гипергликемического клэмпа(тест, который обеспечивает точное регулирование уровня глюкозы в крови) выявлено снижение чувствительности периферических тканей к инсулину и, соответственно, снижение захвата глюкозы периферическими тканями. Этот дефект в основном выявляется у пожилых лиц с избыточной массой тела.

Пожилой возраст привносит с собой множество дополнительных факторов, усугубляющих имеющуюся инсулинорезистентность. Это и низкая физическая активность, и уменьшение мышечной массы (основной периферической ткани, утилизирующей глюкозу), и абдоминальное ожирение (нарастает к возрасту 70 лет, затем, как правило, снижается). Все эти факторы тесно переплетены друг с другом.

* 1. ***Секреция инсулина***

Снижение секреции инсулина является основным дефектом, лежащим в основе развития СД II у лиц без ожирения. Как известно, секреция инсулина в ответ на внутривенное введение глюкозы происходит в два этапа (две фазы): первая фаза – быстрая интенсивная секреция инсулина, длящаяся первые 10 мин; вторая фаза – более долгая (до 60–120 мин) и менее выраженная. Первая фаза секреции инсулина необходима для эффективного контроля постпрандиальной гликемии.

Абсолютное большинство исследователей выявили существенное снижение первой фазы секреции инсулина у лиц пожилого возраста без избыточной массы тела.

Возможно, именно с этим связано столь выраженное повышение постпрандиальной гликемии (на 0,5 ммоль/л) каждое десятилетие после 50-летнего возраста.

* 1. ***Продукция глюкозы печенью.***

В многочисленных исследованиях, проведенных в 1980–1990-х гг. показано, что продукция глюкозы печенью существенно не меняется с возрастом. Также не снижается и блокирующее влияние инсулина на продукцию глюкозы печенью. Следовательно, изменения метаболизма глюкозы в печени не могут лежать в основе выраженных возрастных изменений толерантности к глюкозе. Косвенным свидетельством, указывающим на нормальную продукцию глюкозы печенью у пожилых лиц, является тот факт, что гликемия натощак (во многом зависящая от выброса глюкозы печенью в ночные часы) с возрастом изменяется крайне мало.

Таким образом, в пожилом возрасте метаболизм глюкозы определяется двумя основными факторами: чувствительностью тканей к инсулину и секрецией инсулина. Первый фактор – инсулинорезистентность – более выражен у пожилых лиц с избыточной массой тела. Второй фактор – сниженная секреция инсулина – доминирует у пожилых лиц без ожирения. Знание основных механизмов развития СД II позволяет дифференцированно подходить к назначению терапии у пожилых больных.

* 1. ***Клиническая картина***

Больные старческого возраста нередко обречены на одиночество, социальную изоляцию, беспомощность, нищету. Эти факторы часто приводят к развитию психоэмоциональных нарушений, глубоких депрессий, анорексии. Течение основного заболевания в этом возрасте, как правило, осложняется присоединением когнитивных дисфункций (нарушением памяти, внимания, обучаемости). Повышается риск развития болезни Альцгеймера. Для больных престарелого и старческого возраста нередко на первый план выходит задача не оптимальной компенсации СД, а обеспечение их необходимым уходом и общемедицинской помощью.

СД в пожилом возрасте не всегда имеет выраженную клиническую симптоматику (полиурию, полидипсию и др.). Часто это заболевание протекает скрыто, латентно и не выявляется до тех пор, пока на первый план в клинической картине не выйдут поздние осложнения СД – нарушение зрения (ретинопатия), патология почек (нефропатия), трофические язвы или гангрена нижних конечностей (синдром диабетической стопы), инфаркт или инсульт. Поэтому СД II в пожилом возрасте необходимо выявлять активно, т.е. регулярно проводить скрининг на обнаружение СД в группах повышенного риска.

Наибольшие сложности в своевременной диагностике СД II у пожилых больных возникают вследствие бессимптомного ("немого") течения этого заболевания – отсутствуют жалобы на жажду, полиурия, зуд, потерю массы тела.

Особенностью СД II в пожилом возрасте является также преобладание неспецифических жалоб на слабость, утомляемость, головокружение, нарушение памяти и другие когнитивные дисфункции, которые уводят врача от возможности сразу заподозрить наличие СД. Нередко СД II выявляется случайно при обследовании по поводу другого сопутствующего заболевания.

Скрытое, клинически невыраженное течение СД у пожилых лиц приводит к тому, что диагноз СД II выставляется одновременно с выявлением поздних сосудистых осложнений этого заболевания. По данным эпидемиологических исследований, установлено, что в момент регистрации диагноза СД II уже более 50% больных имеют микро- или макрососудистые осложнения:

• ишемическая болезнь сердца выявляется у 30%;

• поражение сосудов нижних конечностей – у 30%;

• поражение сосудов глаз (ретинопатия) – у 15%;

• поражение нервной системы (нейропатия) – у 15%;

• микроальбуминурия – у 30%;

• протеинурия – у 5–10%;

• хроническая почечная недостаточность – у 1%.

Течение СД у пожилых лиц осложняется обилием сочетанной полиорганной патологии. У 50–80% пожилых больных СД II имеются артериальная гипертония и дислипидемия, которые требуют обязательной медикаментозной коррекции. Назначаемые препараты сами по себе могут нарушать углеводный и липидный обмен, что затрудняет коррекцию метаболических нарушений у больных СД.

Важной клинической особенностью СД II в пожилом возрасте является нарушенное распознавание гипогликемических состояний, что может приводить к тяжелым гипогликемическим комам. Более всего у этой категории больных нарушена интенсивность автономных симптомов гипогликемии (сердцебиение, дрожь, чувство голода), что обусловлено сниженной активацией контррегуляторных гормонов.

* 1. ***Диагностика СД у лиц пожилого и старческого возраста***

Диагностические критерии СД в пожилом возрасте не отличаются от принятых ВОЗ (1999 г.) для всей популяции в целом.

Диагностические критерии СД:

• глюкоза плазмы натощак >7,0 ммоль/л (126 мг%)

• глюкоза капиллярной крови натощак >6,1 ммоль/л (110 мг%)

• глюкоза плазмы (капиллярной крови) через 2 ч после еды (или нагрузки 75 г глюкозы) >11,1 ммоль/л (200 мг%)

Диагноз СД выставляется при двукратном подтверждении указанных значений.

При выявлении глюкозы плазмы натощак между 6,1 и 6,9 ммоль/л диагностируют гипергликемию натощак. При выявлении гликемии через 2 ч после нагрузки глюкозой между 7,8 и 11,1 ммоль/л диагностируют нарушенную толерантность к глюкозе.

* + 1. ***Лабораторный метод***

Диагностика СД II у пожилых лиц затруднена не только в силу стертой клинической картины данного заболевания, но и вследствие нетипичных особенностей лабораторной диагностики. К ним относятся:

* отсутствие гипергликемии натощак у 60% больных;
* преобладание изолированной постпрандиальной гипергликемии у 50–70% больных;
* повышение почечного порога экскреции глюкозы с возрастом.

Отсутствие гипергликемии натощак и преобладание гипергликемии после еды лишний раз указывает на то, что в пожилом возрасте при активном обследовании больных для выявления СД II нельзя ограничиваться эпизодическими измерениями уровня глюкозы плазмы (или капиллярной крови) только натощак. Их обязательно необходимо дополнять определением гликемии через 2 ч после еды.

В пожилом возрасте при диагностике СД или оценке его компенсации также нельзя ориентироваться и на уровень глюкозурии. Если у молодых людей почечный порог для глюкозы (т.е. уровень гликемии, при котором глюкоза появляется в моче) составляет около 10 ммоль/л, то после 65–70 лет этот порог смещается к 12–13 ммоль/л. Следовательно, даже очень плохая компенсация СД не всегда будет сопровождаться появлением глюкозурии.

* + 1. ***Инструментальный метод***

Инструментальные методы исследования:

* УЗИ поджелудочной железы
* Исследование артериального кровотока на нижних конечностях (симптомы плантарной ишемии: Панченко, Гольфламма и т.д.) и с помощью ангиографии
* При выявлении осложнений делается УЗИ почек, сердца
* Исследование сосудов глаз
* Сканирование почек
  1. ***Принципы лечения СД у лиц пожилого и старческого возраста***

Лечение пожилых больных СД II нередко представляет собой чрезвычайно сложную задачу, поскольку осложнено обилием сопутствующих заболеваний, необходимостью назначения множества лекарственных препаратов (полипрагмазия), социальными факторами (одиночество, беспомощность, бедность), когнитивными дисфункциями, низкой обучаемостью и отсутствием приверженности к лечению (низкий комплайнс).

Современные принципы в лечении СД II в пожилом возрасте остаются прежними:

* диета + физические нагрузки;
* пероральные сахароснижающие препараты;
* инсулин или комбинированная терапия.
  + 1. ***Физические нагрузки***

Физические нагрузки являются обязательной составляющей в лечении больных СД II, поскольку повышают чувствительность периферических тканей к инсулину, снижают инсулинорезистентность, уменьшают атерогенность сыворотки крови, снижают артериальное давление.

Режим физических нагрузок подбирается для каждого больного индивидуально с учетом его сопутствующих заболеваний и выраженности осложнений СД. Наиболее общими рекомендациями являются прогулки по 30–60 мин ежедневно или через день. Более длительные нагрузки не рекомендуются вследствие опасности ухудшения сердечно-сосудистых заболеваний или провокации гипогликемии.

* + 1. ***Диета***

Основные принципы питания больных СД II в пожилом возрасте не отличаются от рекомендуемых для молодых пациентов – ограничение калорийности пищи При сахарном диабете требуется в первую очередь диетическое лечение. Количество энергии в пище должно равняться потерям энергии больного, сбалансированное поступление белков, жиров, углеводов, прием пищи - 5-6 раз в день. Расчет питания проводится в хлебных единицах. 1 хлебная единица = 12 г глюкозы. В сутки в организм должно поступать 18-24 хлебных единиц, которые распределяются так: завтрак 9-10 ед., второй завтрак и полдник по 1-2 ед., обед 6-7 ед., ужин 3-4 ед.

Для больных диабетом с избыточным весом нужно включать в диету такие овощи, как свежая и квашеная капуста, шпинат, салат, зеленый горошек, огурцы, помидоры. Это усиливает чувство насыщения. При диабете значительно страдает печень. Для улучшения ее функции нужно вводить в диету продукты, содержащие липотропные факторы (творог, овсянка, соя и другие), и ограничивать жареные блюда, а так же мясные и рыбные бульоны.

Имеется несколько вариантов диет для больных сахарным диабетом, однако в домашних условиях можно пользоваться одной (диета 9), которую можно легко приспособить к лечению любого больного, исключая или добавляя отдельные блюда или продукты.

Пища больного сахарным диабетом должна быть богата витаминами, поэтому полезно вводить в рацион витаминоносители: дрожжи пекарные, пивные, отвар шиповника, СПП, БАД.

Запрещено употреблять в пищу: кондитерские изделия, сдобу, варенье, конфеты, шоколад, мед, мороженое и прочие сладости, острые, соленые, пряные, копченые закуски и блюда, свиной и бараний жир, алкогольные напитки, бананы, виноград, изюм. Сахар допускается лишь в небольших количествах по разрешению врача. с исключением легкоусвояемых углеводов.

* + 1. ***Пероральные сахароснижающие препараты***

Требования к сахароснижающему препарату у лиц больных СД II:

• Минимальный риск гипогликемии

• Отсутствие нефротоксичности

• Отсутствие гепатотоксичности

• Отсутствие кардиотоксичности

• Отсутствие взаимодействия с другими препаратами

• Удобство в применении (1–2 раза в сутки)

Далее перечислены 5 основных классов пероральных сахароснижающих препаратов, применяемых в современной диабетологии:

* Препараты сульфонилмочевины (гликлазид, гликвидон, глипизид, глимепирид, глибенкламид)
* Меглитиниды (репаглинид) и производные фенилаланина (натеглинид)
* Бигуаниды (метформин)
* Тиазолидиндионы (пиоглитазон, розиглитазон)
* Ингибиторы a-глюкозидазы (акарбоза)

Препараты сульфонилмочевины и меглитиниды являются стимуляторами секреции инсулина поджелудочной железой. Бигуаниды и тиазолидиндионы устраняют инсулинорезистентность: бигуаниды преимущественно на уровне печени, блокируя печеночный глюконеогенез, тиазолидиндионы преимущественно на уровне периферических тканей, повышая чувствительность мышечной ткани к инсулину. Ингибиторы a-глюкозидазы препятствуют всасыванию глюкозы в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ), блокируя фермент, участвующий в расщеплении глюкозы в кишечнике.

При выборе того или иного препарата важно представлять себе, какой механизм доминирует в развитии СД II у данного конкретного больного.Оптимальный сахароснижающий препарат у пожилых больных СД II должен соответствовать целому ряду требований, главное из которых – "не навредить".

При неэффективности терапии пероральными сахароснижающими препаратами возникает необходимость в назначении инсулина – либо в качестве монотерапии, либо в комбинации с таблетированными препаратами.

Схемы инсулинотерапии могут быть различными:

* однократная инъекция инсулина средней продолжительности действия перед сном – при выраженной гипергликемии натощак;
* двукратные инъекции инсулина средней продолжительности действия – перед завтраком и перед сном;
* двукратные инъекции смешанных инсулинов, содержащих фиксированные смеси инсулина короткого действия и средней продолжительности действия в соотношениях 30:70 или 50:50;
* режим многократных инъекций инсулина короткого действия перед основными приемами пищи и инсулина средней продолжительности действия перед сном – при выраженной гипергликемии натощак;
* двукратные инъекции инсулина средней продолжительности действия – перед завтраком и перед сном;
* двукратные инъекции смешанных инсулинов, содержащих фиксированные смеси инсулина короткого действия и средней продолжительности действия в соотношениях 30:70 или 50:50;
* режим многократных инъекций инсулина короткого действия перед основными приемами пищи и инсулина средней продолжительности действия перед сном.

Последний режим допустим только при сохранении когнитивных функций пожилого пациента, после обучения основным правилам инсулинотерапии и самоконтроля уровня гликемии.

У пожилых больных с сохранной остаточной секрецией эндогенного инсулина (С-пептид в норме), но неэффективности монотерапиитаблетированными препаратами, целесообразно назначить комбинацию инсулина с пероральными сахароснижающими средствами.

**Вывод по главе 1**

Сахарный диабет - это очень серьёзное заболевание, под которым понимают синдром хронической гипергликемии, связанный с недостаточной секрецией инсулина или нарушением его действия. Это заболевание, как выяснилось, гетерогенного характера, в основе которого могут лежать генетические, иммунологические факторы, а так же неблагоприятные воздействия внешней среды. Причины развития сахарного диабета не всегда достаточно ясны. В развитии инсулиновой недостаточности играет роль наследственная патология в первую очередь, предрасполагающий фактор - рождение ребёнка с большим весом, а так же возможно, вирусное поражение в-клеток поджелудочной железы.

Больные СД II пожилого возраста – это абсолютное большинство больных, с которым приходится встречаться практикующему диабетологу. Знание особенностей клиники, диагностики и лечения этой категории пациентов необходимо для оказания грамотной медицинской помощи этим больным, число которых растет год от года. Изучая проблемы пожилого населения, врач-диабетолог становится специалистом широчайшего профиля, поскольку одновременно с коррекцией метаболических нарушений познает проблемы кардиологии, неврологии, нефрологии и других медицинских направлений. К сожалению, и сейчас остается еще много пробелов в понимании патофизиологических особенностей стареющего организма, знание которых помогли бы более эффективно оказывать медицинскую помощь пожилым больным, побеждать возрастные изменения и продлевать жизнь людей.

ГЛАВА 2. ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА И НАБЛЮДЕНИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

**2.1. Сестринские вмешательства при уходе за пациентами с сахарным диабетом.**

Роль медсестры в уходе за больным сахарным диабетом хотя и несколько иного плана, чем роль квалифицированного доктора, однако она не менее важна, если даже не более значима. Но при этом от нее требуется не только профессиональная подготовка, но и сколько высокие человеческие качества.

Сестринский процесс - это комплекс из пяти мероприятий:

1. Обследование

Сестра собирает информацию о пациенте, его состоянии здоровья. Состоит она и из личных восприятий пациента, и из того, что может сказать сама медсестра, основываясь на своих наблюдениях. В итоге первого этапа должны быть готовы документы с полученной информацией, т.е. создание сестрой собственной истории болезни.

2. Определение проблем больного сахарным диабетом и постановка сестринского диагноза.

Медсестра должна определить не только те проблемы, которые уже существуют у пациента на момент ее работы с ним, но также те, которые возможны в будущем. При этом все выявленные проблемы сестра должна приоритетно распределить и обратить самое пристальное внимание на наиболее угрожающие в настоящее время.

Сестринский диагноз и диагноз лечащего врача - это не одно и то же. Врач определяет проблемы больного сахарным диабетом со здоровьем, а медсестра - сложности, которые вследствие этих проблем возникают (сестринское дело).

3. Постановка целей сестринского процесса, планирование деятельности сестры.

План обязательно должен включать в себя краткосрочные и долгосрочные цели, а также обязательно содержать подробные пояснения: как, к какому сроку и при помощи чего будет достигнута та или иная цель.Действия, которых будет требовать план непосредственно от самой сестры, записываются в историю болезни (сестринскую).

4. Реализация поставленных целей.

На этом этапе сестре следует принимать меры по профилактике различных заболеваний, а также обследованию, лечению и реабилитации больных сахарным диабетом.

Выделяется три вида сестринского процесса, которые для каждого больного подбираются индивидуально:

* Сестра выполняет то, что назначает врач, под его постоянным наблюдением.
* Сестра самостоятельно определяет, какие действия с ее стороны необходимы пациенту в данный момент (независимое сестринское вмешательство).
* Сестра и врач взаимно оговаривают свои действия (взаимозависимое сестринское вмешательство).

Однако ни один из типов вмешательства не умаляет ответственности сестры.

5. Эффективность сестринского ухода.

Определяется на основе всех полученных данных и наблюдается в динамике совокупности: действие сестры - результат для пациента, страдающего сахарным диабетом.

Для практической части своей работы я проводил субъективное и объективное обследование пациентов а также использовал данные карт стационарного больного для проведения сравнительного анализа состояния пациентов с сахарным диабетом.

**2.2. НАБЛЮДЕНИЕ 1**

**Пациент «М-1»**

**Паспортная часть.** Пациент: Сапожников Илья Алексеевич Дата рождения: 4.09.1947 (70 лет)Адрес: Краснодарский край Профессия: Водитель. Место работы: ООО «Мастерстрой» Дата поступления: 20.10.2014.

**Жалобы больного.** Больной предъявляет жалобы на сильную жажду, сухость во рту учащенное мочеиспускание.

**История настоящего заболевания.** Считает себя больным с середины марта 2005, когда через месяц после операции по поводу поликистоза печени почувствовал сухость во рту и необычно сильную жажду. Больной не предъявлял жалоб и никуда не обращался, неприятные ощущения (сухость во рту и необычно сильную жажду) связывал с перенесенной операцией. Когда больной повторно обратился в марте 2005 г. в БСМП по поводу поликистоза печени, при обследовании было выявлено повышение глюкозы крови, после чего больной был направлен в эндокринологическое отделение Краевой Клинической Больницы для дальнейшего обследования и лечения.

При поступлении предъявлял жалобы на сильную жажду, сухость во рту и учащенное мочеиспускание. В ККБ был поставлен диагноз: сахарный диабет II типа средней тяжести и назначено лечение: Диабетон МВ, Сиофор 500.

**Настоящее состояние.**

Общее состояние удовлетворительное. Положение активное. Сознание ясное. Лицо спокойное. Рост 176 см. Вес 70 кг. Телосложение пропорциональное. Конституция нормостеническая.

Температура тела в момент курации 36,6 оС. Кожные покровы. Кожа с загаром, сухая. Эластичность кожи обычная. Присутствуют депигментированные пятна, а также псориатические высыпания в различных отделах тела (верхние и нижние конечности, спина). На животе послеоперационные рубцы. Оволосение по мужскому типу, равномерное.

**Система органов дыхания.**

Дыхание через нос свободное. Голос чистый. Болей при разговоре и глотании нет. Жалоб на одышку, кашель, выделение мокроты, кровохаркание и лёгочные кровотечения, повышение температуры тела не предъявляет. Форма грудной клетки нормостеническая. Грудная клетка симметрична.

**Система органов кровообращения.**

Болей в сердце не отмечает. При осмотре сонных артерий и артерий конечностей патологических изменений не наблюдается; пульсации дуги аорты в ярёмной ямке нет. Ритм сердечных сокращений правильный.   
- раздвоения и расщепления, дополнительных и патологических тонов нет.   
- шумов на верхушке сердца, на аорте, лёгочной артерии, точке трёхстворчатого клапана и в точке Боткина-Эрба нет.

**Система органов пищеварения.**

Извращения аппетита, отвращения к пище или к какому-либо ее виду нет. Непереносимости продуктов нет. Неприятного привкуса во рту не ощущает. Испытывает сухость во рту. Жажда: количество выпиваемой за день жидкости 3 – 3.5 л. Жевание, глотание и прохождение пищи через пищевод свободное и безболезненное.

**Система органов мочевыделения.**

Мочеиспускание свободное. Частота: днём – 4-6 раз, ночью 1-2. Болей в области почек нет.

**Эндокринная система.**

Аппетит нормальный. Имеется жажда, количество выпиваемой за день жидкости - 3-3.5л. Оволосение по мужскому типу, равномерное. Пигментация кожи и слизистых оболочек несколько увеличена (за счет загара) неравномерная. Щитовидная железа. Видимого увеличения нет. При пальпации увеличение щитовидной железы II степени, пальпируется мягкоэластической консистенции, безболезненный перешеек щитовидной железы, перемещающийся вверх при глотательном движении. Пульсация отсутствует.

**Нервная система и органы чувств.**

В месте, времени и личности ориентирован. Память на события хорошая. Сон нормальный.м Дермографизм красный, нестойкий. Запахи ощущает, вкус чувствует. Острота зрения снижена. Глазные щели симметричны. Косоглазия нет. Зрачки одинаковые.

**Сестринский уход.**

Уход за данным пациентом направлен на обучение его уходу за кожей, пользованию глюкометром, контролю водного баланса, подготовка к дополнительным инструментальным и лабораторным исследованиям, выполнение врачебных назначений, обеспечение консультации другими специалистами.

**2.3. НАБЛЮДЕНИЕ 2**

**Пациент «Ж-2»**

**Паспортная часть.**

Пациент: Орлова Зинаида Михайловна

Дата рождения: 21.06.1942 (70 лет)

Адрес: Краснодарский край

Профессия и место работы: пенсионерка

Дата поступления: 20.10.2014

**Жалобы больного.**

Беспокоящая жажда, сухость ворту, увеличение количества выделяемой мочи, зуд кожи и вульвы,снижение массы тела в последнее время, снижение остроты зрения.Из общей симптоматики больная указывает на слабость,быструю утомляемость при выполнении домашней работы.Головокружения и головные боли сопровождающие повышение артериальногодавления до 240 /120 мм рт. ст. При физической нагрузке появляетсяжгучая боль за грудиной, иррадиирующая в левую руку, левую лопатку,боль проходит при применении нитроглицерина. Пациентку беспокоитпостоянное чувство сердцебиения. При опросе отмечено, что имеет местоснижение памяти: пациентке трудно вспомнить дату рождения, имена,названия улицы и др.

**История настоящего заболевания.**

Пациентка узнала что заболела сахарным диабетом в 1986 году, ввозрасте 60 лет, когда во время профилактического обследования вполиклинике обнаружено повышение уровня гликемии до 6,1 ммоль/л.Участковым терапевтом были даны рекомендации по диете,медикаментозное лечение назначено не было. Какой-либо симптоматикисамой больной в этот период не отмечалось. В 1987 году приобследовании в поликлинике выявлен уровень гликемии 7,2 ммоль/л. ,сделана коррекция диеты, медикаменты не назначены. В 1989 годупациентка проходила обследование и лечение в дневном стационаре, гдеу нее было выявлено повышение уровня глюкозы крови до 7,6 ммоль/л,была направлена к эндокринологу, выставлен диагноз сахарного диабетаII типа, назначен препарат, название которого больная не помнит.Через 1 месяц уровень гликемии --- 8 ммоль/л, был отменен букарбан иназначен букарбан в таблетках по 0,5 2 раза в сутки, через некотороевремя, в связи с недостаточность эффекта, доза была увеличена до 3таб. В 1994 году уровень гликемии достигал при различныхисследованиях 7--8 ммоль/л, был назначен манинил 2 табл., что привелок стабилизации течения сахарного диабета на 1 год. В 1995 годупоявилась жажда, сухость во рту, зуд кожи, назначен манинил 3 табл.,что не привело к положительному результату и при следующемисследовании уровень гликемии достиг 18 ммоль/л. В последние 3—4года пациентка отмечает, что у нее были состояния, когда онанеадекватно себя вела, теряла ориентацию во времени и пространстве.При последнем обследовании пациентки в поликлинике сахар крови достиг18 ммоль/л, в связи с чем пациентка госпитализирована 17.02.98 г.

**Мышечная система**

Мышцы конечностей и туловища развиты удовлетворительно, тонус и сила снижены, болезненности нет. Отмечается гипотрофия межкостных мышц кистей. Других участков выраженной гипотонии, парезов и параличей не обнаружено.

**Костный аппарат.**

Костная система сформирована правильно. Дефо -р -маций черепа, грудной клетки, таза и трубчатых костей нет. Плоскостопия нет. Осанка правильная. Пальпация и перкуссия костей безболезненная.

**Система органов дыхания и грудная клетка.**

Нос нормальной формы. Дыхательные пути проходимы, патологическогосекрета нет. Выдыхаемый воздух без патологического запаха. Гортань неизменена.

Грудная клетка нормостеничной конфигурации, ключицы расположены наодном уровне. Надключичные и подключичные ямки выражены удовлетворительно,расположены на одном уровне, при дыхании не изменяют своих форм.Лопатки симметричны, двигаются синхронно в такт дыхания.Тип дыхания смешанный. Дыхание ритмичное --- 16 в минуту.Правая и левая половины грудной клетки двигаются синхронно.Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Жизненнаяемкость легких не измерялась.

**Система органов кровообращения.**

Пульсации аорты не обнаружено.Извитости и видимой пульсации области височныхартерий, «пляски каротид», симптома Мюссе и капиллярного пульса нет.

**Система органов пищеварения.**

При осмотре области желудка каких-либо изменений не отмечено. При поверхностной л егкой пальпации болезненности нет. Сигмовидная кишка расположена правильно, диаметр 2см,эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижная, безболезненная,урчания нет.

**Нервная система и органы чувств.**

Асимметрии лица, сглаженности носогубной складки, отклонения языка всторону нет. Зрачки синхронно двигаются, реакция на свет и аккомодацию одинаковая, нормальная. Движения координированные, уверенные.

***Окончательный клинический диагноз.***

Сахарный диабет II типа. Средняя степень тяжести. Стадия субкомпенсации. Осложнения. Диабетическая ангиопатия сетчатки. Диабетическая полиневропатия. Конкурентное заболевание. Ишемическая болезнь сердца. Атеросклеротический кардиосклероз. Мерцательная аритмия, тахисистолическая форма. Симптоматическая артериальная гипертензия.НК II A.

***Эпикриз.***

Пациентка К.Г.Р. поступила в эндокринологическую клинику 17.02.98 по направлению эндокринолога поликлиники. Предъявляла жалобына на беспокоящие ее жажду, сухость ворту, увеличение количества выделяемой мочи, зуд кожи и вульвы,снижение массы тела в последнее время, снижение остроты зрения,слабость, быструю утомляемость при выполнении домашней работы, головокружения и головные боли сопровождающие повышение артериальногодавления до 240 /120 мм рт. ст., при физической нагрузке появляетсяжгучая боль за грудиной, иррадиирущая в левую руку, левую лопатку,боль проходит при применении нитроглицерина. Пациентку беспокоитпостоянное чувство сердцебиения. При опросе отмечено, что имеет местоснижение памяти: пациентке трудно вспомнить дату рождения, имена,названия улицы и др.

В анамнезе сахарный диабет II типа, ИБС.

На основании проведенных клинических и лабораторных обследований выставлен клинический диагноз. Назначено лечение. Динамика положительная.

Рекомендовано продолжать лечение и коррекцию дозы инсулина.

**Сестринский уход.**

Пациентка имеет наряду с основным заболеванием и ИБС, на основании предъявленных жалоб пациентки, выявленных нарушенных потребностей, требуется уход не только по сахарному диабету , но и по сопутствующим заболеваниям, подготовка к дополнительным инструментальным и лабораторным исследованиям, выполнение врачебных назначений в лечении, обеспечение консультации другими специалистами.

**Выводы по главе 2**

В ходе проведенных субъективных и объективных обследований пациентов можно сделать следующие выводы:

1. Пациент 1 переносит заболевание легче, так как имеет более молодой возраст, сопутствующие заболевания носят легкий характер, органы и системы не поражены.
2. Пациент 2 наряду с основным заболеванием сахарный диабет имеет заболевания сердца ( Ишемической болезни сердца) артериальную гипертензию и нарушение зрения.
3. Сестринский уход за пациентами отличается:

а) у Пациента 1, действия медицинской сестры направлены на поддержание стадии компенсации основного заболевания, обучение пациента уходу за кожей и информировании его по правилам ухода за ногами , диете, физической нагрузке.

б) пациентке 2 кроме перечисленных мероприятий, требуется более тщательный уход медицинской сестры потому, что у пациентки имеется гипертоническая болезнь, снижение зрения и боли в сердце (Стенокардия напряжения).

При уходе за пациентами медицинский персонал должен учитывать все имеющиеся у пациентов заболевания, его настрой на лечение, возможность самоухода, так как состояние пациента может ухудшиться при неквалифицированном уходе или при упущении какого – то нарушения потребности.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

В ходе написания данной курсовой работы были выполнены все цели и задачи. Прежде всего проведена сравнительная характеристика двух типов сахарного диабета (инсулинозависимого и инсулиннезависимого) на практике, составив карты сестринского процесса по ведению больных каждым из двух типов диабета.

Сахарный диабет - это очень серьёзное заболевание, под которым понимают синдром хронической гипергликемии, связанный с недостаточной секрецией инсулина или нарушением его действия. Это заболевание, как выяснилось, гетерогенного характера, в основе которого могут лежать генетические, иммунологические факторы, а так же неблагоприятные воздействия внешней среды. Причины развития сахарного диабета не всегда достаточно ясны. В развитии инсулиновой недостаточности играет роль наследственная патология в первую очередь, предрасполагающий фактор - рождение ребёнка с большим весом, а так же возможно, вирусное поражение в-клеток поджелудочной железы.

Ожирение, атеросклероз, артериальная гипертензия, избыточное углеводное питание являются предрасполагающими факторами к возникновению заболевания. Клинические проявления диабета 1 и 2 типов схожи, но выраженность их различна. Более отчётливая симптоматика и быстрое развитие признаков заболевания наблюдается при диабете 1 типа.

Изучив влияние этого заболевания на отдельные органы и системы организма, можно сделать вывод, что сахарный диабет является причиной инвалидности и высокой смертности от сосудистых осложнений, к которым относятся инфаркт миокарда, мозговой инсульт, гангрена нижних конечностей, потеря зрения и поражение почек - нефропатия.

Кроме того, приведя данные статистики заболеваемости сахарным диабетом, я показала действительную необходимость для каждого медработника, изучение сахарного диабета из – за его распространенности в странах мира и в частности в России не только среди лиц пожилого и среднего возраста, а также среди лиц молодого возраста.

Таким образом, проблема изучения диагностики, изучения и разработка методов лечения сахарного диабета обоих типов является актуальной проблемой в наше время.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Алан Л. Рубин. Диабет для «чайников»— 2-е изд. — М.: «Диалектика», 2006. — С. 496. Клиническая эндокринология. Руководство / Н. Т. Старкова. — издание 3-е переработанное и дополненное. — Санкт-Петербург: Питер, 2002. — 576 с. — («Спутник Врача»).
2. Балаболкин М.И. Инсулинотерапия сахарного диабета// Для тех, кто лечит. - 2003. - № 8. - с.5 - 16.
3. Балаболкин М.И. Сахарный диабет// Для тех, кто лечит. - 1999. - № 4. - с.4 - 62.
4. Дедов И.И. и др., Эндокринология. Учебник, Медицина, 2000
5. Михайлов В. В. Основы патологической физиологии. Руководство для врачей / Б. М. Сагалович. — М.: Медицина, 2001. — 704 с.
6. Питер Дж. Уоткинс. Сахарный диабет / М.И Балаболкин. — 2. — М.: Бином, 2006.
7. Строев Ю.И. и др., Сахарный диабет :Учеб.пособиеСпб, 1992
8. Ягудина Р. И., Куликов А. Ю., Аринина Е. Е. Фармакоэкономика сахарного диабета второго типа // М.: OOO «Медицинское информационное агентство», 2011. — 352С.
9. Руководство по клинической эндокринологии / Под ред. Старковой Н.Т - СПб.: Питер, 1996. - 544 с. - (Серия «Практическая медицина»)
10. Справочник врача общей практики / Н.П. Бочков, В.А. Насонова и др. // Под ред. Н.Р. Палеева. - М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. - В 2 томах. Т 2. - 992 с.
11. Справочник по неотложной медицинской помощи / Сост. Бородулин В.И. - М.: ООО «Издательский дом «ОНИКС 21 век»: ООО «Издательство «Мир и Образование», 2003. - 704 с.

**ПРИЛОЖЕНИЕ**

**Таблица хлебных единиц**

|  |  |
| --- | --- |
| **Наименование продукта** | **Количество продукта в граммах = 1 ХЕ** |
| **СЛАДКОЕ** | |
| сахарный песок | 1 ст. ложка |
| сахар кусковой | 2,5 куска (12 г.) |
| мед | 1 ст. ложка |
| квас | 1 стакан (200 мл) |
| лимонад | 3/4 стакана (130 мл) |
| мороженое | 65 г |
| **ХЛЕБОБУЛОЧНЫЕ ИЗДЕЛИЯ** | |
| сухари черные, хлебные палочки | 15 |
| хрустящие хлебцы | 20 |
| пшеничный хлеб | 20 |
| ржаной хлеб | 25 |
| отрубной хлеб, серый хлеб | 30 |
| крекеры | 3 крупных |
| панировочные сухари | 1 столовая ложка (15 г) |
| тонкие блины | 1 большой (на всю сковороду) |
| оладьи | 1 средний |
| вареники | 2 штуки |
| **МЯСНЫЕ ИЗДЕЛИЯ** | |
| пельмени | 4 штуки |
| котлета (с примесью булки) | 1 средняя |
| пирожок с мясом | менее половины пирожка |
| **МУЧНЫЕ И КРУПЯНЫЕ ПРОДУКТЫ** | |
| рис | 15 |
| крупа (ячневая, пшеничная) | 15 |
| манная каша | 15 |
| гречневая каша | 15 |
| крахмал картофельный | 15 |
| крахмал рисовый | 15 |
| мука кукурузная | 15 |
| мука пшеничная | 15 |
| мука ячневая | 15 |
| овсяные хлопья | 20 |
| мука ржаная | 20 |
| мука овсяная | 20 |
| мука гороховая | 20 |
| пшено | 20 |
| крупа перловая | 20 |
| макароны, рожки, лапша, вермишель | 20 |
| мука соевая обезжиренная | 30 |
| мука соевая цельная | 50 |
| тесто сырое слоеное | 35 |
| тесто сырое дрожжевое | 25 |
| **ФРУКТЫ И ЯГОДЫ** | |
| яблоко | 100 |
| черешня | 100 |
| сливы-ренклод | 100 |
| сливы (другие сорта) | 110 |
| вишня | 110 |
| черная смородина | 120 |
| мандарины (без кожуры) | 120 |
| крыжовник | 120 |
| апельсины (без кожуры) | 130 |
| абрикосы | 130 |
| груша | 130 |
| белая смородина | 130 |
| дыня | 130 |
| грейпфрут (без кожуры) | 130 |
| ежевика | 140 |
| персик | 140 |
| айва | 140 |
| красная смородина | 150 |
| клюква | 150 |
| лимон | 150 |
| арбуз (без кожуры) | 160 |
| земляника | 190 |
| клубника | 190 |
| малина | 210 |
| брусника | 220 |
| арбуз с кожурой | 260 |
| дыня | 250 |
| грейпфрут с кожурой | 200 |
| мандарины с кожурой | 180 |
| апельсины с кожурой | 180 |
| бананы (без кожуры) | 60 |
| плоды шиповника | 60 |
| виноград | 70 |
| гранаты | 70 |
| киви | 150 |
| хурма | 80 |
| ананас | 90 |
| инжир | 90 |
| манго | 90 |
| мирабель | 90 |
| сухофрукты: бананы, яблоки, курага, инжир, чернослив, изюм и финики | 15-20 |
| **ФРУКТОВЫЕ СОКИ, БЕЗ САХАРА** | |
| виноградный | 70 |
| сливовый, красносмородиновый | 80 |
| вишневый | 90 |
| яблочный | 100 |
| грушевый | 100 |
| крыжовниковый | 100 |
| черносмородиновый | 100 |
| из голубики | 100 |
| апельсиновый | 110 |
| ежевичный | 120 |
| мандариновый | 130 |
| грейпфрутовый | 140 |
| клубничный | 160 |
| малиновый | 170 |
| пиво диабетическое | 1 стакан (250 мл) |
| **ОВОЩИ** | |
| картофель хрустящий | 30 |
| картофель жареный | 40 |
| картофель сырой и вареный | 80 |
| картофель сухой (чипсы) | 25 |
| кукуруза в зернах | 70 |
| горошек зеленый | 110 |
| свекла | 140 |
| кукуруза в початке | 190 |
| капуста кислая | 400 |
| капуста цветная | 350 |
| капуста кольраби | 200 |
| капуста белокочанная | 300 |
| капуста краснокочанная | 250 |
| капуста брюссельская | 250 |
| огурцы | 800 |
| тыква | 600 |
| репа | 300 |
| бобы зеленые и восковой зрелости | 250 |
| лук порей | 300 |
| ревень | 400 |
| редис | 400 |
| салат | 400 |
| помидоры | 400 |
| шпинат | 600 |
| спаржа | 400 |
| сельдерей | 600 |
| лук | 150 |
| редька | 150 |
| морковь | 200 |
| перец (сладкое) | 150 |
| фасоль | 150 |
| брюква | 200 |
| **МОЛОЧНЫЕ ПРОДУКТЫ** | |
| молоко сухое в порошке | 30 |
| молоко сгущенное без сахара | 30 |
| молоко цельное | 250 |
| молоко снятое | 250 |