

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
кафедра Управления сестринской деятельностью

БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА

ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ

(на примере ГБУЗ НСО «Новосибирская клиническая
центральная районная больница» г. Новосибирск)

Факультет ПСР и ВСО
Направление подготовки Сестринское дело
Квалификация Академическая
медицинская сестра. Преподаватель
Допущена к защите: 29 мая 2017 г.
Зав.кафедрой Шурыгина Е.П.
д.м.н., доцент
Дата защиты 21 июня 2017 г.
Оценка хорошо

Исполнитель: Беликова
Диана Олеговна
Группа ЗСД - 414
Руководитель: Шардина ЛА.
д.м.н., профессор
Нормоконтролер: Иванова Н.В.
ст. преподаватель
Рецензент Бартель С.Ю.

Екатеринбург, 2017

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ САХАРНОГО ДИАБЕТА	5
1.1 Медицинские аспекты проблемы сахарного диабета	5
1.2 Методы профилактики заболевания.	9
1.2.1 Первичная профилактика сахарного диабета.	11
1.2.2 Вторичная профилактика сахарного диабета.	16
1.2.3 Третичная профилактика сахарного диабета.	17
2 АНАЛИЗ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ГБУЗ НСО «НОВОСИБИРСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ЦЕНТРАЛЬНАЯ РАЙОНА БОЛЬНИЦА» .	21
2.1 Характеристика лечебного учреждения.	21
2.2 Оценка уровня информированности о сахарном диабете	24
2.3 Обучение пациентов по профилактике сахарного диабета.	28
2.3.1 Занятие 1 «Синдром диабетической стопы - симптомы и профилактика»	28
2.3.2 Занятие 2 «Лечебная физкультура при сахарном диабете» ...	34
2.3.3 Занятие 3 «Планирование питания при диабете 2 типа»	38
3 РЕКОМЕНДАЦИИ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ СИСТЕМЫ ОБУЧЕНИЯ В «ШКОЛЕ ДЛЯ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ» ПРИ ГБУЗ НСО «НОВОСИБИРСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ЦЕНТРАЛЬНАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА»	46
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.	48
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.	50

ВВЕДЕНИЕ

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

Всемирная организация здравоохранения сообщает, что сейчас в мире 6% населения больны сахарным диабетом, это примерно 284,7 миллиона человек.

Каждые 10 секунд два человека на Земле заболевают сахарным диабетом. Каждые 10 секунд это заболевание уносит одну человеческую жизнь

Смертность от болезней сердца и инсультов у больных сахарным диабетом в 2-3 раза, поражение почек в 12-15 раз, слепота в 10 раз, ампутация нижних конечностей почти в 20 раз чаще, чем среди населения в целом.

Актуальность проблемы заключается в том, что прогнозы на будущее неутешительны, по мнению специалистов, количество больных будет неуклонно расти, и к 2030 году их станет уже 438,4 миллиона.

По оценкам экспертов, на борьбу с диабетом в России, тратится около 280 миллиардов рублей ежегодно. Эта сумма составляет приблизительно 15% от общего бюджета здравоохранения.

Только профилактика сахарного диабета поможет пациенту избежать грозных и калечащих осложнений, к которому это заболевание приводит при отсутствии лечения и соблюдения режима питания

Одной из основных причин, влияющих на компенсацию заболевания и возникновение осложнений диабета, приводящей к ранней инвалидизации пациентов, является неумение больных и их семей управлять заболеванием, что в первую очередь, обусловлено их недостаточной обученностью.

Теоретическое обучение, т.е. формирование у пациентов ответственного отношения к заболеванию и адаптации к лечению, рассматривается как один из основополагающих элементов для лечения больных.

Цель работы: Совершенствование обучения пациентов профилактике осложнений в «Школе здоровья больных сахарным диабетом».

Задачи:

Для достижения данной цели исследования необходимо изучить:

1.Изучить теоретические аспекты профилактики осложнений сахарного диабета;

2.Проанализировать организацию профилактики сахарного диабета ГБУЗ НСО «Новосибирская клиническая центральная районная больница».

3.Разработать рекомендации по усовершенствованию обучению профилактики осложнений в «Школе здоровья больных сахарным диабетом».

Объект исследования : Методы обучение пациентов с сахарным диабетом

Предмет исследования: процесс обучения пациентов с сахарным диабетом в ГБУЗ НСО «Новосибирская клиническая центральная районная больница»

Методы исследования:

1) аналитический (анализ нормативно-правовой базы, изучение учебной литературы, анализ монографий и статей);

2) социологический (дать оценку информированности пациентов о сахарном диабете с помощью анкетирования);

3) статистический (таблицы и диаграммы).

Практическая значимость: Углубленное изучение литературы по теме выпускной квалификационной работы позволит более глубоко изучить особенности профилактики данного заболевания, а теоретическое обучение слушателей в «Школе больных сахарным диабетом» методам самоконтроля и профилактики заболевания позволит улучшить качество жизни пациентов.

1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ САХАРНОГО ДИАБЕТА

1.1 Медицинские аспекты сахарного диабета

Всемирная организация здравоохранения определяет сахарный диабет, как хроническое метаболическое заболевание, которое характеризуется гипергликемией (повышенным уровнем сахара в крови). Возникает из-за прекращения или недостаточности секреции инсулина в поджелудочной железе или из-за резистентности к действию инсулина клеток различных тканей.

Заболевание сопровождается сложным расстройством метаболизма углеводов, жиров и белков. На основе этого расстройства постепенно развиваются долгосрочные осложнения.

По механизму возникновения инсулиновая недостаточность может быть:

- панкреатическая, связанная с нарушением биосинтеза и выделения инсулина;
- внепанкреатическая (относительная) при нормальном выделении инсулина панкреатическими островками.

Факторы инсулиновой недостаточности могут быть генетически обусловленными, либо приобретенными.

Панкреатическая инсулиновая недостаточность возникает при массивном разрушении эндокринных клеток поджелудочной железы и, как следствие, критического снижения уровня инсулина в крови.

Массовая гибель эндокринных клеток поджелудочной железы может иметь место в случае вирусных инфекций, стрессовых состояний, различных аутоиммунных заболеваний, при которых клетки иммунной системы вырабатывают антитела против β -клеток поджелудочной железы, разрушая их.

Внепанкреатическая инсулиновая недостаточность возникает при нормальной или даже повышенной секреции инсулина при его инактивировании или разрушении вне поджелудочной железы.

При внепанкреатической инсулиновой недостаточности развивается инсулинорезистентность тканей, что приводит к повышению уровня глюкозы в крови. Главной причиной инсулинрезистентности является нарушение функций мембранных рецепторов для инсулина при ожирении (основной фактор риска) – рецепторы становятся неспособными взаимодействовать с гормоном, в силу изменения их структуры или количества. Наряду с ожирением, пожилой возраст, вредные привычки, артериальная гипертония, хроническое переедание, малоподвижный образ жизни также являются факторами риска для возникновения внепанкреатической инсулиновой недостаточности. В целом, этот вид диабета наиболее часто поражает людей старше 40 лет.

Существует наследственная предрасположенность к сахарному диабету. Если болен один из родителей, то вероятность унаследовать диабет первого типа равна 10%, а диабет второго типа – 80%. Ответной реакцией на дефицит глюкозы в клетках тканей является усиление выработки инсулина и, как следствие, усугубление состояния пациента. Постепенно в результате интенсивной секреции инсулина наступает истощение β -клеток поджелудочной железы, что приводит к обратному процессу - снижению выработки инсулина.

Этиологическая классификация сахарного диабета (ВОЗ, 1999)

I. Сахарный диабет 1-го типа (деструкция β -клеток, абсолютная инсулиновая недостаточность).

1. Аутоиммунный.
2. Идиопатический.

II. Сахарный диабет 2-го типа (претерпевает развитие от преимущественной резистентности к инсулину с относительной инсулиновой недоста-

точностью до преимущественно секреторного дефекта инсулина в сочетании с периферической инсулинорезистентностью)

III. Другие специфические типы сахарного диабета:

- генетических дефектах функции β -клеток,
- генетических дефектах болезнях экзокринной в действии инсулина,
- части поджелудочной железы,
- эндокринопатиях,
- диабет, индуцированный лекарствами,
- диабет, индуцированный инфекциями,
- необычные формы иммуноопосредованного диабета,
- генетические синдромы, сочетающиеся с сахарным диабетом.

IV. Гестационный сахарный диабет - патологическое состояние, характеризуются гипергликемией, возникающей на фоне беременности у некоторых различают следующие типы сахарного диабета у беременных:

- сахарный диабет 1 типа, выявленный до беременности;
- сахарный диабет 2 типа, выявленный до беременности;
- сахарный диабет беременных — под этим термином объединяют любые нарушения толерантности к глюкозе, возникшие во время беременности женщин и обычно спонтанно исчезающее после родов.

Сахарный диабет опасен не высоким уровнем сахара в крови, который при адекватной терапии можно нормализовать, а своими сосудистыми осложнениями, являющимися в настоящее время основной причиной инвалидизации и смертности среди диабетиков. Несвоевременная диагностика или неправильное лечение приводят к осложнениям, которые развиваются либо в короткий срок (острые), либо с годами (поздние).

Острые осложнения сахарного диабета — это угрожающие жизни состояния, обусловленные значительными изменениями уровня сахара в крови и сопутствующими метаболическими нарушениями.

К острым осложнениям относят:

- кетоацидоз (кетоацидотическая кома); характерен для диабета 1 типа (СД1).

- гипогликемия (гипогликемическая кома); наблюдается при СД1 и СД2.

- гиперсмолярная кома; характерна для диабета 2 типа (СД2), наблюдается у пожилых людей.

Лактацидотическая кома; чаще проявляется у больных после 50 лет.

Кетоацидоз развивается в результате отравления организма веществами, образующимися в результате преобразования жиров в энергию из-за невозможности усвоить глюкозу. Кетоацидоз развивается за несколько дней при недостаточном поступлении инсулина в организм. Если не принять меры, больной может впасть в кому.

Кетоацидоз особенно опасен в детском возрасте, когда компенсаторные возможности организма еще не развиты.

При гипогликемии, низком уровне сахара в крови, клетки головного мозга лишаются питания. Это состояние может быть вызвано избыточными дозами вводимого инсулина. Если не “подпитать” организм углеводами, развивается гипогликемическая кома. Возможен отек мозга и некроз его отдельных участков.

Гиперосмолярная кома встречается достаточно редко. Спровоцировать ее может длительное обезвоживание организма, вызванное рвотой, поносом, сильным кровотечением, приемом диуретиков.

Это осложнение встречается у больных СД2 пожилого возраста, живущих в домах престарелых, или одиноких. Они не всегда могут правильно оценивать свое состояние и выпивать достаточное количество жидкости, чтобы компенсировать частые походы в туалет.

Лактацидотическая кома встречается редко, но часто заканчивается смертью. Ее развитие обусловлено накоплением молочной кислоты в крови.

Больные, принимающие оральные сахаропонижающие препараты, находятся в группе риска.

Поздние (хронические) осложнения сахарного диабета – это патология, возникающая в результате длительного действия повышенного сахара крови на органы и ткани организма.

Риск развития поздних осложнений возрастает с длительностью диабета. Наиболее значимы поздние сосудистые осложнения (ангиопатии).

Диабетические ангиопатии включают в себя поражение не только крупных артерий, но и сосудов среднего калибра (макроангиопатия), а также капилляров, артериол и венул (микроангиопатия). Диабетические ангиопатии подразделяются на группы в соответствии с локализацией и клиническими проявлениями.

К микроангиопатиям относят ретинопатию и нефропатию, а к макроангиопатиям:

- поражение сосудов сердца (ИБС и инфаркт миокарда);
- поражение сосудов мозга (острое и хроническое нарушение мозгового кровообращения);
- поражение периферических артерий, в том числе нижних конечностей (диабетическая стопа, гангрена).

Кроме того, в отдельную группу выделяют поражение нервной системы – диабетическая нейропатия.

1.2 Методы профилактики заболевания

Профилактика заболеваний является одной из важнейших задач современного здравоохранения, она заложена в ряде государственных программ и системе ОМС.

Профилактика заболеваний – это комплекс медицинских и немедицинских мероприятий предупредительно-оздоровительного характера. Ее основными задачами являются:

- предупреждение появления различных патологических состояний;
- минимизация действия различных факторов риска;
- снижение риска развития осложнений возникающих болезней;
- уменьшение скорости прогрессирования заболеваний;
- предупреждение хронизации патологических процессов и развития вторичных болезней;
- снижение выраженности негативных последствий перенесенных заболеваний;
- общее укрепление здоровья.

Всемирная организация здравоохранения, выделяет несколько видов профилактики.

Первичная – это разнообразные меры, направленные на устранение факторов риска для всего населения и раннее выявление заболеваний в определенных группах. Она включает различные профилактические осмотры, вакцинацию, гигиеническое воспитание и санитарно-просветительскую работу. К ней также относят совершенствование условий труда на производствах и предприятиях, улучшение общей экологической обстановки и микроклимата жилищ.

Вторичная профилактика заболеваний необходима для выявления и лечения заболеваний на ранних стадиях при наличии факторов риска. При этом используют целевые профилактические осмотры, диспансеризацию, профилактическое лечение и оздоровление определенных социальных или трудовых групп. Также при вторичной профилактике проводят обучение и санитарно-гигиеническое воспитание пациентов, их родственников и лиц из групп риска. Для этого создаются профильные информационно-обучающие программы (школы), ориентированные на людей с определенными заболе-

ваниями. Это может быть сахарный диабет, деменция (слабоумие), гипертония и другие сердечно-сосудистые заболевания, рассеянный склероз и многие другие патологии с потенциально тяжелым течением.

Третичная профилактика проводится уже после подтверждения основного диагноза. Она улучшает прогноз и облегчает течение заболевания. Проводимый при этом комплекс мероприятий направлен на максимальное возможное восстановление трудоспособности и сохранение социально-бытовой активности человека. Необходима и медико-психологическая адаптация заболевшего к его изменившимся потребностям и возможностям.

В целом все виды профилактики заболеваний можно еще разделить на мероприятия личного характера, медицинского и общественного. При этом важно придерживаться комплексного подхода, уделяя особое внимание поддержанию своего здоровья и укреплению защитных сил организма.

1.2.1. Первичная профилактика сахарного диабета

Первичная профилактика сахарного диабета должна быть направлена на предупреждение развития заболевания.

Причины возникновения диабета 1 типа окончательно не выяснены, поэтому о его профилактике можно говорить в общих чертах:

1. Обязательное грудное кормление. Профилактика сахарного диабета у детей предусматривает использование в пищу материнского молока, поскольку в первый год жизни ребенка является источником иммунных тел, что позволяет предотвратить инфекционные и вирусные заболевания. Кроме того, искусственные смеси содержат коровье молоко, которое может отрицательно повлиять на работу поджелудочной железы.

2. Профилактика вирусных заболеваний.

3. Приобретение навыков противостояния стрессу.

4. Приверженность рациональному (натуральному) питанию.

Первичная профилактика диабета 2 типа должна быть направлена на:

- пропаганду здорового образа жизни;
- своевременную диагностику заболевания;
- просветительскую работу с населением по заболеванию сахарный диабет.

Питание человека - одна из основных составляющих здорового образа жизни. Переедание приводит к набору лишнего веса, что может привести к ожирению, Следовательно повышается риск развития диабета в 4 раза.

Физиологические нормы питания основаны на принципах рационального питания.

Принципы рационального питания рекомендованные лицам, имеющим избыточный вес, и людям пожилого возраста

- питание дробное, 5-6 разовое, мелкими порциями;
- суточный рацион распределить в процентом соотношении: завтрак — 30%, перекус — 10%, обед — 40%, перекус — 10%, ужин — 20%.
- обязательное введение в пищу сложных углеводов — злаков, фруктов, овощей, богатых пищевыми волокнами;
- уменьшить или исключить из рациона быстродействующие углеводы-сладости, выпечка, газированные напитки;
- 2\3 общего количества должны составлять жиры растительного происхождения, присутствовать нежирные сорта мяса, рыба в отварном и тушеном виде;
- выпивать не меньше 2 литров чистой воды за день;
- употреблять большое количество клетчатки — болгарский перец, редис, несладкие фрукты и пр. (20-40гр в сутки);
- ограничить соли до 3 г в сутки;
- исключить в употреблении алкоголя;
- не употреблять фаст-фудов.

Лечебная физкультура является неотъемлемой частью профилактики сахарного диабета.

При физической нагрузке:

- увеличивается расход энергии, и, если такая нагрузка достаточно интенсивная и регулярная, в ход идут энергетические (то есть жировые) запасы организма и снижается вес тела;

- непосредственным образом, а не только через снижение веса, положительно воздействует на основной дефект при сахарном диабете 2 типа – сниженную чувствительность к инсулину;

- физическая активность становится мощным средством достижения компенсации диабета.

Всемирная организация здравоохранения рекомендует не менее 30 минут физические тренировки 3-4 раза в неделю.

Физические упражнения можно разделить на три типа: обычная физическая деятельность в ходе повседневной жизни, упражнения для сердечно-сосудистой системы (аэробные) и упражнения для увеличения гибкости и силы. Все три типа важны для здоровья, поэтому все они должны быть включены в ваш режим.

Обычная, повседневная физическая активность включает любые виды деятельности, которые требуют использования мышц, например, прогулка по улице, выполнение работы по дому или во дворе, хождение по лестнице (вместо того, чтобы пользоваться лифтом). Это самые основные формы физической деятельности и к тому же легко выполнимые независимо от возраста.

Упражнения для сердечно-сосудистой системы (аэробные) представляют собой равномерный тип физической активности, в которой участвуют крупные мышцы. Этот тип упражнений помогает укрепить сердце и легкие, а также облегчает поступление кислорода в ткани. Со временем, при регулярных занятиях снижается частота сердцебиения и артериальное

давление, улучшается дыхание. Аэробные упражнения требуют гораздо больших усилий, чем повседневная физическая деятельность, и включают такие виды тренировки, как быстрая ходьба, бег, ходьба на лыжах, езда на велосипеде, плавание. Цель их состоит в том, чтобы укрепить сердце и легкие, заставив их работать в полную силу.

Поддержание силы, тонуса мышц и гибкости особенно важно для людей среднего и пожилого возраста. Эти упражнения способствуют увеличению плотности кости и сокращают риск получения травмы в результате несчастного случая. Упражнения на растягивание мышц помогут вам поддерживать достаточный для повседневной жизни объем движений. В течение нормального процесса старения мышцы теряют эластичность, ткани вокруг суставов уплотняются. Физические упражнения помогут замедлить этот процесс посредством растяжения мышц. Упражнения на гибкость также замедляют развитие артрита – одного из самых частых заболеваний, связанных со старением. Артрит снижает подвижность суставов, причиняет человеку боль и страдания, ограничивает независимость и активность. Растягивание рук и ног до и после упражнений помогает подготовить мышцы к физической нагрузке и помогает предупредить травму мышцы или их чрезмерное растяжение во время упражнений. Кроме того, этот вид упражнений помогает увеличить объем движений и гибкость.

Упражнения, разработанные для развития силы, тренируют мышцы, повышают их тонус, помогут предотвратить преждевременную потерю мышечной массы, улучшить выносливость в любом возрасте. Польза заключается и в улучшении реакции, сокращении степени мышечной атрофии, увеличении работоспособности, предотвращении травм. Физические упражнения для увеличения силы могут включать поднятие веса.

При сахарном диабете могут быть рекомендованы занятия быстрой ходьбой, ездой на велосипеде, плаванием. Ежедневная ходьба не менее 1 часа с постепенным увеличением расстояния от 500 м до 4–5 км и постепенным

увеличением темпа, посещение плавательного бассейна 2–3 раза в неделю могут быть использованы для повышения уровня физической активности. Также рекомендуются занятия гимнастикой как индивидуально, так и с друзьями или в группах лечебной физкультуры.

Для достижения оптимальной повседневной физической активности необходимо чаще ходить пешком, отказаться по возможности от общественного наземного транспорта и частично – лифта, При просмотре телевизора прогуляться или поделать упражнения во время рекламы; заниматься на велотренажере во время просмотра любимой передачи. Во время продолжительного телефонного разговора прохаживаться. Ходить в магазин быстрым шагом вместо неспешной прогулки. Вместо наблюдения за игрой детей или внуков сидя, присоединиться к их игре, прогуляться по парку.

Физическая нагрузка должна приносить удовольствие.

Начинать рекомендуется осторожно, поэтапно и постепенно. Далее идти по пути увеличения повседневной физической активности. Например, заменить подъем на лифте ходьбой по лестнице сначала до появления одышки, далее – постепенно увеличивая нагрузку, или сначала выходить из автобуса на одну остановку раньше, через месяц или больше – на две.

Стресс является одной из причин развития сахарного диабета. По данным Всемирной организации здравоохранения более 45% болезней связаны со стрессом.

В настоящее время существует различное количество методик релаксации:

- методы мышечной релаксации;
- методы, основанные на дыхании;
- методы на использовании зрительных образов и др.

Релаксационная тренировка помогает снять утомление, избавляет от ненужных переживаний, вырабатывает навык глубоко расслабления. Упражнения на расслабление помогают восстановить двигательную активность,

регулируют кровообращение, улучшают деятельность желез внутренней секреции, формируют быструю реакцию.

Профилактика сахарного диабета у женщин должна предусматривать возможность развития гестационного диабета беременных, который может потом перейти после родов в инсулиннезависимую форму болезни. Поэтому при наличии родственников, страдающих этим заболеванием, в случае избыточной массы тела, неправильном режиме дня и нерациональном питании, беременность следует планировать заранее. Необходимо сдать все анализы, определить степень риска, пересмотреть пищевой рацион и заняться специальными упражнениями. Во время вынашивания плода следует регулярно сдавать кровь на сахар.

Здоровый образ жизни требует от человека высокого уровня культуры и сознательности.

1.2.2 Вторичная профилактика сахарного диабета

Вторичная профилактика сахарного диабета, направленная на адекватную компенсацию заболевания и предупреждение развития тяжелых осложнений, включает в себя:

- раннюю диагностику заболевания. Все люди старше 40 лет должны раз в 3 года проходить обследование на наличие нарушений углеводного обмена, а при наличии факторов риска — ежегодно. Людям младше 40 лет, имеющим один или несколько факторов риска, также необходимо контролировать свой углеводный обмен.;

- строгий контроль за течением болезни;

- в первую очередь, контроль за основным биохимическим показателем крови ;

- гликированным гемоглобином, отражающим среднее содержание сахара в крови за длительный период.

- использование таблетированных сахароснижающих лекарственных средств;
- своевременный переход на инсулинотерапию с применением самых современных препаратов.

Тщательный гликемический контроль (прил. 1) и необходимая терапия с использованием самых современных лекарственных средств позволяет предупредить или существенно задержать развитие осложнений у пациентов и увеличить продолжительность их жизни до уровня средней продолжительности жизни населения страны.

Очень важно участие в контроле течения заболевания самого больного, поэтому обязательным условием является его обучение в «школах диабета», распространение методической литературы и т.д. Все эти меры позволяют эффективно предотвратить или значительно отсрочить большую часть осложнений, которыми сопровождается диабет

1.2.3. Третичная профилактика сахарного диабета

Мероприятия на этом уровне направлены на снижение вероятности таких осложнений сахарного, как нарушение зрения, патология сердечно-сосудистой системы, нарушение функции почек и поражение нижних конечностей (диабетическая стопа).

С целью ранней диагностики и своевременного лечения диабетической ретинопатии необходимы регулярные осмотры врача-офтальмолога с осмотром глазного дна с расширенным зрачком (для расширения зрачка в глаза закапывают специальные капли, после чего зрение временно становится расплывчатым, нечётким). Больному сахарным диабетом осмотр офтальмолога необходимо выполнять не реже 1 раза в год. При наличии доказанных осложнений сахарного диабета со стороны глаз осмотр офтальмолога проводится чаще (в зависимости от стадии диабетической ретинопатии).

С целью ранней диагностики диабетической нефропатии и предотвращения ее дальнейшего развития необходимо сдавать анализ суточной мочи на белок, биохимический анализ крови (в частности, креатинин, мочевина) не реже 1 раза в год (а при развитии диабетической нефропатии – чаще, в зависимости от стадии).

Для активной профилактики осложнений сахарного диабета необходимо проведение сосудистой терапии 1 раз в полгода. Основной ее целью является поддержание микроциркуляции. Проведение профилактических курсов, возможно, как в условиях стационара или дневного стационара с выполнением внутривенных и внутримышечных инъекций, внутривенных капельных вливаний, так и в амбулаторных условиях с применением таблетированных форм препаратов.

Профилактические рекомендации по уходу за ногами, которые поражаются вследствие облитерирующего атеросклероза артерий и диабетической нейропатии:

Нельзя пользоваться острыми предметами при уходе за ногами: ножницами, мозольными ножами, бритвенными лезвиями (это одна из самых частых причин возникновения травм, особенно в условиях сниженной чувствительности и плохого зрения!) Для обработки ног лучше использовать пилку.

Не следует глубоко выстригать уголки ногтя, потому что это может привести к образованию «вросшего» ногтя — причины болезненных ощущений, воспалительных процессов и длительного лечения конечностей, вплоть до хирургического вмешательства. Вростанию ногтя также способствует ношение узконосой обуви.

Желательно отказаться от неудобной обуви (тесной, натирающей) и от туфель с высокими каблуком. Высокий каблук способствует нарушению кровотока в стопе и образованию зон повышенного давления на её подошву.

швенной поверхности. Нужна осторожность по отношению к новой обуви: надевать её не более чем на час в первый раз.

Если ноги мёрзнут, нельзя согревать их с помощью грелок (в том числе электрических), батарей центрального отопления, обогревающих приборов. Температурная чувствительность у больного часто бывает снижена, поэтому ослаблена защитная реакция и можно легко получить ожог.

По этой же причине принимать горячие ванны для ног нельзя. Температура воды не должна быть выше 40°C (ее лучше измерить с помощью водного термометра, как для купания детей). Кроме того, ножные ванны не должны быть длительными — это высушивает кожу и делает ее более уязвимой.

После мытья ноги нужно насухо промокать (не растирать!) полотенцем, особенно межпальцевые промежутки. Повышенная влажность в этих областях способствует развитию опрелостей и грибковых заболеваний.

Необходимо использовать крем для ног ежедневно!

Не следует ходить босиком, так как при этом высока опасность травматизации с одновременным проникновением инфекции в область повреждения. На пляже и при купании нужно надевать купальные тапочки. Также следует оберегать ноги от солнечных ожогов.

Если на ногах есть мозоли, нельзя пытаться избавиться от них с помощью обычных противомозольных пластырей, мазей или жидкостей, так как все они содержат вещества, разъедающие кожу. Наиболее подходящим средством для обработки мозолей и участков избыточного ороговения кожи стоп остаётся пемза.

Важно обращать внимание на резинки носков. Если они слишком тугие, и оставляют вдавления на коже голеней, это затрудняет кровообращение. При зябкости ног лучше пользоваться тёплыми согревающими носками со свободной резинкой. Необходимо следить, чтобы носки в обуви не

Перед тем как надеть обувь нужно проверять ее внутреннюю поверхность.

Ежедневно больной диабетом должен внимательно осматривать свои стопы, особенно подошвенную поверхность. При затруднении (у пожилых людей и пациентов с избыточным весом) можно использовать зеркало.

2. АНАЛИЗ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ САХАРНОГО ДИАБЕТА В ГБУЗ НСО «НОВОСИБИРСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ЦЕНТРАЛЬНАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА»

2.1 Характеристика лечебного учреждения

История здравоохранения Новосибирского района начинается 22.02.1939г., когда он был создан Указом Президиума Верховного Совета РФ. В момент образования района здравоохранение представлено 20 фельдшерско–акушерскими пунктами, 3 врачебными амбулаториями в р.п. Бердск и в с. Толмачево, противотрахоматозным пунктом в с. Нижняя Ельцовка. Коечная мощность составляла 133 койки, из них 100 коек в больнице р.п. Бердск Руководство осуществлялось райздравотделом. В районе практиковали 26 врачей, 16 фельдшеров, 7 акушерок, около 100 медицинских сестер, 62 санитарки. История ГБУ НСО «НКЦРБ» начинается с 1978 г, когда . было начато и в 1980г. закончено строительство комплекса Краснообской городской больницы .В 1992г. решением Совета депутатов Новосибирского района, Краснообская городская больница переименована в Новосибирскую центральную районную больницу.

За высокие достижения Новосибирская центральная районная больница в 1994 г. и 2007г. признавалась лучшей в Новосибирской области.

Согласно приказу министерства здравоохранения Новосибирской области от 25.02.2015 № 543 «О присвоении статуса клинического учреждения» ГБУЗ НСО «Новосибирская центральная районная больница» присвоен статус клинического учреждения, в связи с чем переименована на ГБУЗ НСО «Новосибирская клиническая центральная районная больница», сокращенно ГБУЗ НСО «НКЦРБ».

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Новосибирская клиническая центральная районная больница» - это многопрофильное медицинское учреждение.

Предметом деятельности ГБУЗ НСО «НКЦРБ» является деятельность, направленная на охрану здоровья граждан, путем оказания квалифицированного медицинского обслуживания населения по отдельным направлениям деятельности в соответствии с целями и направлениями деятельности учреждения.

Целями Учреждения являются:

- оказание многопрофильной, в том числе консультативной и лечебно-диагностической при оказании доврачебной медицинской помощи;
- повышение объемов и качества диагностики на предгоспитальном этапе, расширение возможностей в организации на современном уровне лечебно-диагностического процесса;
- совершенствование технологии диагностического процесса, внедрение в практику обоснованных и эффективных методов диагностики;
- повышения эффективности использования коечного фонда;
- концентрация и эффективное использование медицинского и технологического оборудования, расходных материалов, рациональная расстановка персонала;
- оказание консультативной помощи лечебно-профилактическим учреждениям города по вопросам оказания медицинской помощи;
- осуществление мероприятий по готовности учреждения к действиям в чрезвычайных ситуациях при массовом поступлении граждан;
- обеспечение эффективной преемственности и взаимодействия с лечебно-профилактическими учреждениями города оказания экстренной медицинской помощи больным;
- участие в проводимых в территории медицинских, научно-технологических исследованиях;

- участие в клинико-экспертной работе по контролю качества медицинской помощи пациентам в лечебно-профилактических учреждениях.

ГБУЗ НСО «НКРБ» является базой для медицинских академий, медицинских колледжей, медицинских училищ.

В структуре больницы:

Стационар (на 316 коек) с семью отделениями — хирургическим, терапевтическим, гинекологическим, родильным, инфекционным, детским онкогематологическим, отделением анестезиологии и реанимации.

Поликлиника с пятью отделениями — терапевтическим, лечебно-консультативным, педиатрическим, женской консультацией, стоматологическим.

- Отделение скорой медицинской помощи.

- 4 участковые больницы на 35 коек.

- 14 врачебных амбулаторий.

- 17 фельдшерско-акушерских пунктов.

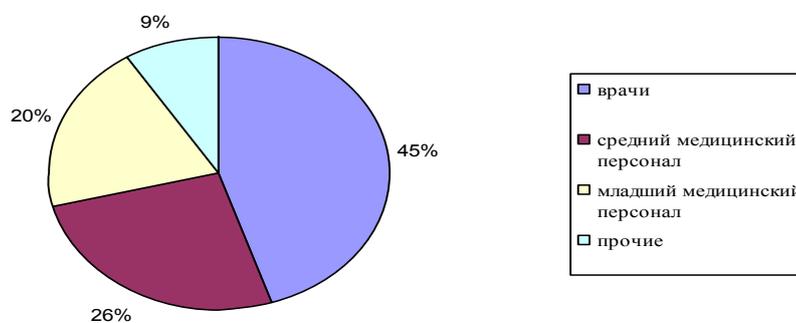


Рисунок 2.1 – Распределение сотрудников ГБУЗ НО «Новосибирская клиническая центральная районная больница» по должностям

Основной контингент учреждения составляют врачи (45%).

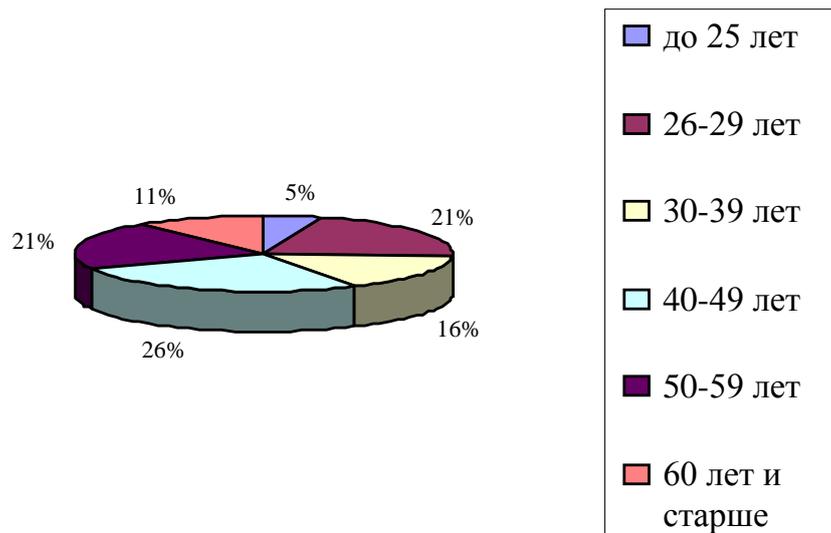


Рисунок 2.2 – Возрастной состав сотрудников больницы %

Из диаграммы видно — основной возрастной состав больницы — люди зрелого возраста. На базе ГБУЗ НСО «НКЦРБ» действует «Школа для больных сахарным диабетом».

2.2 Оценка уровня информированности пациентов о сахарном диабете

Для определения уровня информированности пациентов о заболевании сахарный диабет мною было проведено социологическое исследование в апреле 2017 года в «Школе для больных сахарным диабетом» ГБУЗ НСО «НКЦРБ». Осуществлялся анонимный анкетный опрос по анкете (приложение 2), состоящей из 8 вопросов. В анкетировании приняли участие 10 пациентов, из них 3 мужчин и 7 женщин в возрасте от 45 лет и старше (8 вопрос).

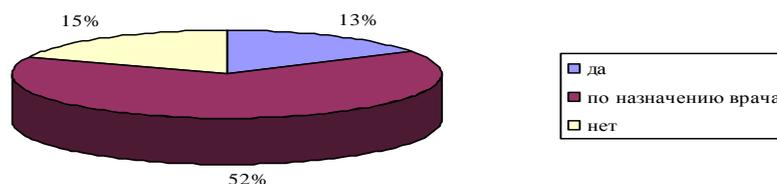


Рисунок 2.3 – Регулярность измерения уровня глюкозы в крови %

Из диаграммы видно, что значительная часть (52%) слушателей уровень сахара измеряли по назначению врача,

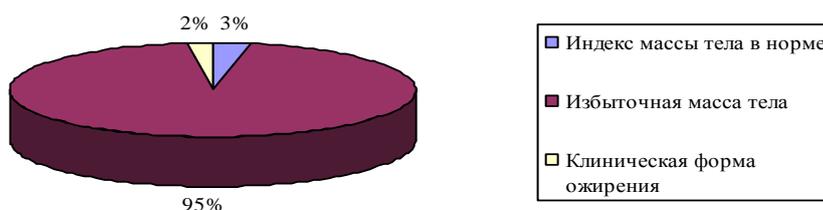


Рисунок 2.4 – Результаты определения индекс массы тела

Анализ ответов показал, что 95 % опрошенных имеют избыточную массу тела.

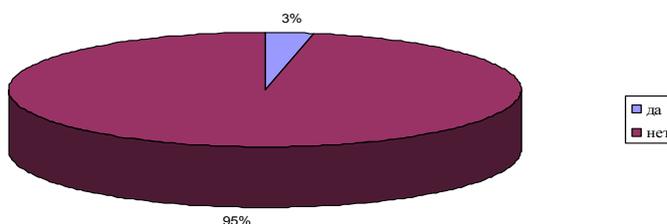


Рисунок 2.5 – Результат информированности пациентов о риске развития сахарного диабета %

Опрос показал, что 52 % респондентов не знают о группах риска, у которых существует наибольшая вероятность развития заболевания сахарным диабетом.

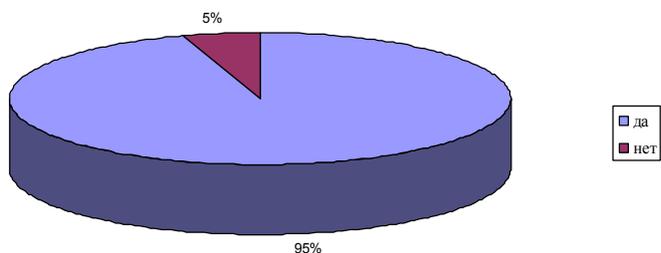


Рисунок 2.6 – Уровень информированности пациентов, о ранней диагностике «сахарного диабета» %

Из диаграммы видно, что 95 % респондентов считают, что ранняя постановка сахарного диабета важна, она может увеличить человеку срок жизни.

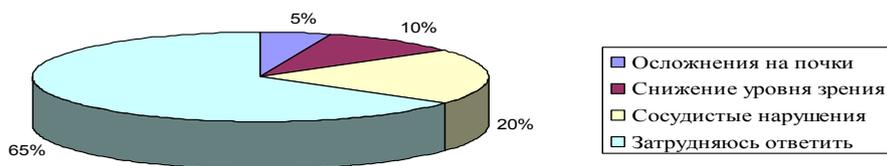


Рисунок 2.7 – Уровень информированности пациентов о возможных осложнениях при отсутствии лечения %

Анкетирование показало, что 70% слушателей не имеют представления об осложнениях сахарного диабета.

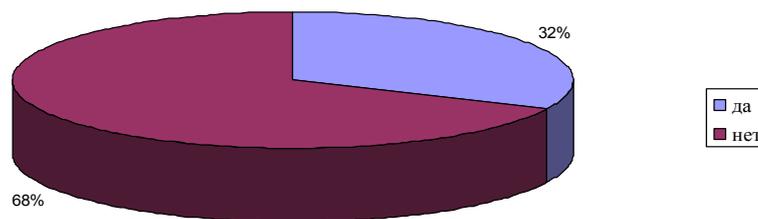


Рисунок 2.8 – Информированность о признаках сахарного диабета %

Анализ опроса показал, что 68% опрошенных не могли указать признаки развития сахарного диабета, имея (95%) избыточную массу тела .

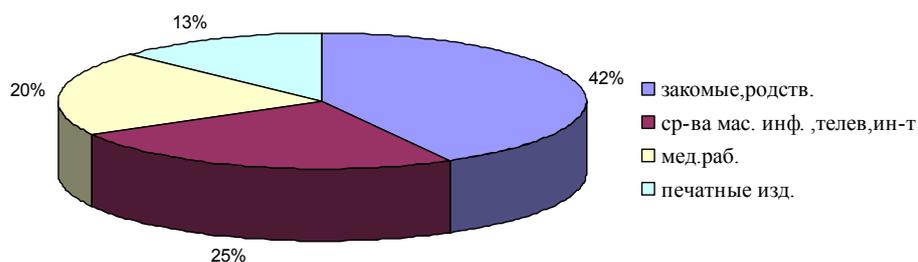


Рисунок 2.9 – Способы получения информации о диабете %

Большую часть информации о сахарном диабете 42 % респондентов получают от знакомых и родственников, на долю медицинских работников приходится лишь 20%.

Высокий уровень информированности относительного заболевания у старших возрастных групп не наблюдается, что говорит о недостаточной эффективности проводимой санитарно-просветительской работы.

2.3 Обучение пациентов по профилактике сахарного диабета

В школах для больных сахарным диабетом учат, как необходимо относиться к заболеванию, воспринимая его как иной образ жизни, как продолжать жить полноценной жизнью и как обрести психологическое спокойствие. Также в школе научат, как налаживать режим физических нагрузок и режим питания, и объяснят, что ограничивать физическую активность – это ошибка. Кроме того обучение позволит избежать неприятностей, которые нередко возникают из-за того, что пациент оказывается неосведомленным в тех или иных вопросах.

В школе можно получить полную информацию о новых методах лечения сахарного диабета.

Обучение в «Школах здоровья для больных сахарным диабетом» позволяет избежать неприятностей, которые нередко возникают из-за того, что пациент оказывается неосведомленным в тех или иных вопросах по лечению и профилактике сахарного диабета.

2.3.1 Занятие 1 в «Школе для больных сахарным диабетом» ГБУЗ НСО «Новосибирская клиническая центральная районная больница»

Тема: «Синдром диабетической стопы-симптомы и профилактика».

Структура и содержание занятия:

Введение ~ 5 минут,

Информационная часть ~ 40 минут,

Симптомы болезни,

Признаки синдрома диабетической стопы.

Активная часть: ответы на вопросы ~ 15 минут.

Информационная часть. «Синдром диабетической стопы-симптомы и профилактика»

Синдром диабетической стопы — это инфекционное поражение глуболежащих тканей стопы вследствие снижения кровотока в артериальных (магистральных) сосудах ног и нарушений неврологического характера. Это одно из самых серьезных и пугающих осложнений сахарного диабета.

Проявляется спустя полтора — два десятка лет после появления сахарного диабета, в декомпенсационной (терминальной) стадии болезни.

Симптомы болезни

Основными симптомами наличия диабетической стопы являются:

- покраснение кожи на ногах - это является одним из очевидных признаков инфекции. Чаще всего кожа приобретает красный оттенок вокруг ранки. Но покраснения также могут быть вызваны неудобной обувью;

- распухшие ноги. Это может быть признаками как инфекции, так и сигналами о неправильно купленной обуви, сбоях из-за хронических заболеваний и нарушений в обмене веществ;

- повышенная температура тела, которая наблюдается при диабетической стопе ввиду того, что организм пытается побороть запущенную инфекцию (даже если человек о ней и не подозревает), но не может с ней справиться из-за ослабленного диабетом иммунитета;

- повреждения кожи ног любого характера относятся к ряду симптомов, потому что через повреждение в организм может проникнуть инфекция;

- наличие мозолей и грибковых инфекций. Такие повреждения являются рассадником болезнетворных бактерий, которые провоцируют заболевание;

- гноящиеся раны - основной симптом инфекции;

- тяжесть в ногах при ходьбе может быть симптомом или последствием неудачно приобретенной обуви;

- наличие открытой гноящейся раны на ноге, сопровождающейся ознобом и высокой температурой. В этом случае нельзя медлить и единственно

верное решение – обратиться к врачу и, желательно, не просто к терапевту, а к специалисту в кабинет диабетической стопы;

- онемение ног, что чаще всего сигнализирует именно о диабетической нейропатии;

- постоянная боль в ногах любого характера. Этот фактор, также может оказаться симптомом диабетической стопы;

- прекращение роста волос в области лодыжек и ступней;

- грубая сухая кожа;

- нарастающая боль при нагрузках на ноги, полностью исчезающая в состоянии покоя.

Признаки синдрома диабетической стопы

Диабетическая стопа характеризуется следующими признаками, которые в обычных условиях можно охарактеризовать как обычные проблемы с болячками на ногах:

- мозоли. Участок, подверженный наиболее частому давлению или натиранию. Если здоровому человеку рекомендуется удалять их с помощью пемзы, то диабетикам это категорически противопоказано. С нарушением кровотока в ногах, удаленная мозоль с большой долей вероятности превратится в язву. Альтернативой удалению может стать ортопедическая обувь, которая равномерно распределит нагрузку на стопу, и мозоль постепенно сама рассосется;

- волдыри. Наличие выпуклостей на ногах, которые содержат жидкость. Такие участки могут образовываться, если не надевать носки, или обувь долгое время натирает определённое место на ноге. В случае, если волдырь начнет гноиться, следует обратиться к врачу, он аккуратно удалит гной, прочистит рану, выпишет лекарства и покажет, как нужно фиксировать бинты, чтобы после обработки в ранку не попала инфекция;

- вросшие ногти. Такой дефект встречается довольно часто и является последствием неправильного подстригания ногтей или маленьким размером

обуви. Для диабетика вросший ноготь – причина бить тревогу. Пациенту необходимо обратиться к лечащему врачу, чтобы тот, в свою очередь, решил что делать. Как правило, половину вросшего ногтя просто удаляют хирургически, чтобы прекратить врастание;

- бурсит — выпирающая косточка по боковой стороне большого пальца. Чем дальше она находится на ноге, тем больше наполняется костной тканью и водянистой массой. В запущенном состоянии лопается и превращается в незаживающую гноящуюся язву;

- подошвенные бородавки. Они вызываются вирусом папилломы и разрушают структуру кожи, проникая внутрь через трещины на ногах. Обычно они телесного цвета с черными точками на поверхности;

- заостренные пальцы, похожие на когти. Такое явление может произойти из-за того, что суставы на ногах имеют неправильный изгиб. Ослабленные мышцы не в состоянии правильно держать форму суставов. Все это также может привести к трещинам, которые быстро начнут гноиться;

- сухой кожный покров. Это может сопровождаться шелушением и постоянным желанием чесать проблемные участки кожи. Чтобы избежать вышеописанных последствий, диабетикам стоит каждый день смазывать ноги маслами. Эта процедура будет поддерживать необходимую влажность кожи. Возможно, лечащий врач порекомендует вам лекарственные средства. В любом случае, перед лечением диабетической стопы следует пройти консультацию;

- грибковые инфекции сопровождаются неприятным запахом, зудом и жжением. Повреждаются стопы и участки между пальцев. Чтобы избежать появления грибка, необходимо держать ноги в сухости, часто менять обувь и носки;

- грибок ногтей. Заметить его несложно. При его развитии стричь ногти становится проблематично, поскольку ноготь твердеет и меняет свой цвет.

Любая, даже незначительная деформация мягких тканей стопы должна стать поводом визита к врачу.

Активная часть Профилактика синдрома диабетической стопы

Рекомендации по осмотру:

1. Осмотр стоп (пальцы, ногтевые пластинки, межпальцевые промежутки) должен проводиться ежедневно.

2. Подошвенную поверхность необходимо осматривать с помощью зеркала. При плохом зрении для осмотра необходимо привлекать родственников.

3. Тщательно ощупывать стопы для выявления мозолей, участков гиперкератоза, мокнущих участков, а также с целью определения их чувствительности и кожной температуры.

Рекомендации по уходу:

1. Ежедневно мыть ноги теплой водой.

2. Не парить ноги. Горячая вода способствует развитию сухости кожи. Стопу и межпальцевые промежутки промокать мягким полотенцем, не допуская грубого растирания, повреждающего размокшую кожу.

3. Кожу стоп за исключением межпальцевых промежутков после промокания смазывать нежирными кремами (кремы для рук или кремы после бритья).

4. Ногти на ногах подстригать прямо, не закругляя углы. Это препятствует врастанию ногтей в кожу.

5. Не ходить босиком, тем более на пляже, поскольку при сниженной чувствительности стоп они легко подвергаются термическому и механическому повреждению. Не пользоваться горячими грелками для ног, не греть ноги у огня

6. При возникновении потертостей, опрелостей, пузырей срочно обратиться к медицинскому работнику, не прибегая к самолечению (это может привести к осложнениям).

Рекомендации по подбору обуви:

1. Обувь целесообразно подбирать вечером, поскольку стопа к вечеру отекает и уплощается.

2. Обувь должна быть изготовлена из мягкой натуральной кожи или войлока (хорошо подходят кроссовки со сплошной шнуровкой).

3. Обязательно применение индивидуально изготовленных корригирующих стелек.

4. Перед каждым надеванием обуви проверить рукой, нет ли внутри обуви инородных предметов.

5. Носить с обувью хлопчатобумажные носки без резинки.

6. Специализированная ортопедическая обувь (приложение 2) способна вдвое снизить количество рецидивов язв стоп при диабете. Отличительными особенностями «диабетической обуви» являются ее индивидуализация с учетом особенностей патологии стопы у каждого пациента, специальная бесшовная конструкция, наличие дополнительного объема для вкладываемой стельки, а также способность рационально распределить давление на подошве с исключением избыточного давления на стопу.

Физические упражнения для стопы являются важнейшим средством профилактики диабетической стопы, поэтому все больные должны заниматься этой гимнастикой:

Исходное положение (И.п.). сидя на стуле. Стопы опираются на пол. На первых процедурах лечебной гимнастики с 1 по 5-е упражнения можно делать в исходном положении лежа на спине.

1. Приподнять ногу, согнутую в коленном суставе, оторвав стопу от пола. Выпрямить ногу. Потянуть пальцы стопы на себя. Опустить ногу на пол. Упражнение проводится попеременно для правой и левой ноги.

2. То же, но с оттягиванием пальцев стопы от себя.

3. То же, что и упражнение 1, но проводится обеими ногами одновременно.

4. То же, что и 3. В то время, пока ноги вытянуты, совершать тыльное и подошвенное сгибание стопами попеременно. При подошвенном сгибании движение выполняется с умеренным напряжением, так как иногда возникают судороги икроножной мышцы.

5. То же, что и упражнение 1, но движения в голеностопном суставе осуществляют по произвольной траектории (круговые, в форме восьмерки и т.п.). Необходимо предупредить пациента о необходимости избегать положения с перекидыванием ноги на ногу, которое больные используют, чтобы облегчить выполнение упражнений (существенно ухудшается кровоток в голени и стопе).

6. Стопа на полу. Попеременно (или одновременно) сгибание и разгибание пальцев правой и левой ноги, не отрывая ногу от пола.

7. То же. Попеременно (или одновременно) поднятие и опускание носков правой и левой ноги. Их круговые движения.

8. То же. Попеременно (или одновременно) поднятие и опускание пяток правой и левой ноги. Их круговые движения.

9. То же. Поднять внутренние края ступней так, чтобы подошвы были обращены друг к другу. Затем поднять наружные края ступней.

10. Разведение пальцев с задержкой на 5—6 с и возвращение в исходное положение.

2.3.2 Занятие 2 в «Школе здоровья»

ГБУЗ НСО «Новосибирская клиническая центральная районная больница»

Тема: «Лечебная физкультура при сахарном диабете»

Структура и содержание занятия:

Введение ~ 5 минут

Информационная часть ~ 40 минут

ЛФК при легкой форме диабета

ЛФК при средней форме диабета

ЛФК при тяжелой форме диабета

Перерыв 10 минут

Активная часть. Ответы на вопросы: 15 минут

Информационная часть

«Лечебная физкультура при сахарном диабете»

Клинически доказано, что физические упражнения при СД способствуют понижению сахарного уровня – в некоторых случаях даже до нормальных величин.

Дозированные физические упражнения:

- Усиливают действие инсулина, что позволяет уменьшать дозировку лекарств;

- нормализуют липидный обмен, в результате чего уменьшается отложение жира;

- препятствуют развитию сосудистых нарушений;

- повышают работоспособность пациента;

- повышают сопротивляемость организма неблагоприятным факторам

ЛФК снижает гипергликемию и гликозурию (повышенное содержание сахара в крови и в моче соответственно), вследствие чего наиболее характерная симптоматика СД уменьшается. Кроме того, тренировки благоприятно действуют на нервную систему, работа которой подвергается значительным нарушениям при диабете. Регулярные физические нагрузки способствуют выработке эндорфинов и других соединений, вызывающих чувство здоровой радости и позволяющих получать удовольствие от жизни.

Конкретные комплексы лечебно-профилактических упражнений при СД разрабатываются с учетом формы заболевания.

ЛФК при легкой форме диабета

Легкая форма предполагает включение в комплекс упражнений всех групп мышц. Примерный комплекс упражнений начального этапа:

1. Ходьба на месте пружинистым шагом от бедра: дыхание через нос, спина ровная.

2. Ходьба на носках, пятках, на внутренней и наружной поверхности стоп.

3. Круговые движения в локтевых суставах сначала вперед, затем назад.

4. Из исходного положения стоя наклонитесь, обхватите колени руками и в таком положении вращайте коленными суставами вправо-влево.

5. Исходное положение – сидя на полу с максимально разведенными в стороны ногами. Выполняйте наклоны, пытаясь достать рукой носок сначала одной, затем другой ноги.

6. Занятие с гимнастической палкой. Держа снаряд перед грудью, делать растягивающие движения.

7. Растирание палкой спины снизу вверх.

8. Растирание палкой живота.

9. Растирание палкой ног сидя на стуле.

10. Щипкообразный массаж ушей.

11. Лежа на спине, поднимайте попеременно ноги вверх (под голову можно подложить подушку).

12. Лежа на спине, выполняйте круговые движения обеими ногами, имитируя велосипедную езду.

13. Лежа на животе, упритесь руками в пол, сделайте вдох, прогнитесь, встаньте на колени, выдохните. Повторите.

14. Неторопливая ходьба на месте для восстановления дыхания.

Движения выполняются с высокой амплитудой в среднем или медленном темпе, для мелких мышц возможен ускоренный темп. Постепенно в комплекс включаются более сложные упражнения в плане координации движений: практикуются упражнения с предметами, занятия на снарядах. Занятия длятся 30-40 минут. Желательно выполнять комплекс ежедневно.

В дополнение к ЛФК при диабете в легкой форме рекомендуется ежедневная ходьба. Начать можно с 2-3 км, затем расстояние можно увеличить до 12 км. Не стоит забывать о таких способах активности как плавание, бег, велоспорт. Все занятия следует проводить под врачебным контролем.

ЛФК при средней форме диабета

Диабет средней тяжести предполагает разработку специального комплекса упражнений для всех групп мышц. Интенсивность движений – умеренная. Между упражнениями для разных групп мышц можно делать перерывы.

Длительность упражнений 25 – 30 минут не более.

Поскольку при диабете средней тяжести могут наблюдаться сосудистые нарушения, форсировать события и повышать нагрузки стоит только с разрешения врача или инструктора по лечебной гимнастике. Рекомендуется ежедневная лечебная ходьба на расстояние от 2 до 7 км.

ЛФК при тяжелой форме диабета

Тяжелая степень диабета сопровождается патологиями сосудов и сердца, поэтому первые занятия пациентов с таким диагнозом должны проходить исключительно под наблюдением специалиста. Нагрузка на организм должна быть минимальная. Используются упражнения для средних и небольших групп мышц. Продолжительность занятий – 10 – 20 минут. По мере адаптации организма к физической активности можно включать упражнения для больших мышечных групп. Следует учитывать тот факт, что медленный темп и длительное время выполнения упражнений способствует заметному снижению уровня сахара в плазме, поскольку расходуется и мышечный гликоген, и глюкоза крови.

Занимаясь ЛФК при диабете, нужно выполнять следующие рекомендации:

- Если во время занятий или после возникает слабость и усталость, нагрузку надо снизить;

- если во время тренинга возникла дрожь в руках или/и появилось острое чувство голода, это свидетельствует о гипогликемии – нужно съесть пару кусочков сахара и прекратить занятия;

- больным, находящимся на инсулинотерапии в период тренировок рекомендуется снижать дозу инсулина (после согласования дозировки с врачом);

- занятия должны проводиться в проветриваемом помещении либо на воздухе;

- дыхание должно быть свободным, по возможности ритмичным;

- проводить занятия можно не раньше чем через 60 мин после инъекции инсулина (или легкого перекуса, если инсулинотерапия не практикуется);

- попытаться задействовать все мышечные группы, а каждое упражнение повторять по 5 – 6 раз.

Контролем при ЛФК являются ощущения пациента. Если от занятий состояние пациента стабилизируется, значит, ЛФК идет на пользу и производит терапевтический эффект. Рекомендуется также регулярный мониторинг уровня сахара до тренировки и после.

Чтобы сахарный уровень не упал во время занятий ниже критического уровня, рекомендуется заранее съесть дополнительное количество углеводов: компенсирует предстоящие физические нагрузки. Можно использовать фрукты или углеводные коктейли. Советуют всегда иметь при себе таблетки глюкозы, чтобы быстро устранить признаки гипогликемии в случае их возникновения.

2.3.3 Занятие 3 в «Школе здоровья»

ГБУЗ НСО «Новосибирская клиническая центральная районная больница»

Тема: «Планирование питания при сахарном диабете 2 типа»

Структура и содержание занятия,

Введение ~5минут,

Информационная часть ~ 40,

Питание при сахарном диабете 2 типа.

Что такое гликемический индекс продуктов и какое значение он имеет при построении диеты при сахарном диабете?

Понятие о хлебной единице.

Разгрузочные дни .

Перерыв ~ 10 минут.

Активная часть ~ 15 минут – приложение 3.

Информационная часть «Планирование питания при сахарном диабете 2 типа».

Питание при сахарном диабете 2 типа

Мероприятия первичной профилактики заключаются в пропаганде здорового образа жизни, что включает в себя: поддержание нормальной массы тела, соблюдение принципов правильного питания, прекращение или предотвращение курения, сохранение высокого уровня физической активности в нерабочее время, безопасное употребление или прекращение употребления алкоголя.

Для определения избыточной массы тела и ожирения рассчитывается индекс массы тела: масса тела (в килограммах), деленная на рост (в м²).

В норме индекс массы тела равен 18-24,9 кг/м².

Об ожирении или избыточной массе тела можно говорить, когда индекс массы тела превышает 25 кг/м².

Индекс массы тела 25–29 – начальная форма ожирения или просто избыточная масса тела,

30–39 – клиническая форма ожирения (1–2 степени),

40 и более – осложненная форма ожирения (3 степень).

Питание должно быть достаточным по количеству энергии, поступающей с пищей, но не избыточным.

Энергетическая ценность пищи должна соответствовать возрасту, полу и уровню физической активности: от 6720 до 10920 кДж (от 1600 до 2600 ккал). Доля энергии, поступающей из жиров, не должна превышать 30% энергии всего суточного рациона, причем насыщенные жиры могут составлять не более 1/3 от их общего количества.

Пища должна включать в себя: овощи; недробленые крупы, муку грубого помола и соответствующие сорта хлеба; свежие фрукты (в умеренных количествах); сушеные бобы и фасоль; молочные продукты со сниженным содержанием жира; нежирное мясо, рыбу и курятину без кожи. Нужно избегать рафинированного сахара и жирной пищи. Наилучшим образом пища усваивается при 5–6-разовом режиме питания в день, приблизительно в одно и то же время, промежуток между приемами пищи – 2–3 ч.

Что такое гликемический индекс (ГИ) и какое значение он имеет при построении диеты при сахарном диабете?

Что такое гликемический индекс (ГИ) и какое значение он имеет при построении диеты при сахарном диабете? В ответ на прием любой пищи, особенно углеводной, в крови человека повышается уровень глюкозы. Эта послепищевая гликемическая реакция для каждого углеводсодержащего продукта абсолютно индивидуальна. ГИ позволяет количественно оценить степень повышения сахара в крови при потреблении углеводсодержащих продуктов. Продукты, которые не вызывают значительного повышения уровня глюкозы в крови после еды, имеют низкий ГИ (например, крупы,

хлеб грубого помола и большинство овощей). Чем ниже ГИ, тем лучше для больного СД.

По общепринятой методике определения ГИ в качестве пищевого стандарта используется традиционный пшеничный хлеб в количестве, соответствующем 50 г углеводов. Преимущественное использование в диете продуктов и блюд с низким ГИ – современная тактика диетотерапии сахарного диабета, позволяющая добиться лучшей компенсации обменных нарушений.

Понятие о хлебной единице

Хлебная единица – условный показатель, который используется в построении диеты для пациентов сахарным диабетом 1 типа для замены одних продуктов питания другими. Одна хлебная единица содержит 10–12 г углеводов и примерно равна одному куску хлеба. Так, 1 хлебную единицу содержат 1 яблоко, 1 небольшого размера апельсин, 1 груша, 1/2 банана, 1 персик, 1 картофелина величиной с куриное яйцо, 20–25 г белого или ржаного хлеба, 1 столовая ложка манной, гречневой, пшенной или перловой крупы, 250 мл молока или кефира, 1 столовая ложка пшеничной или ржаной муки. Пересчет на хлебные единицы упрощает подсчет количества принимаемых углеводов и, следовательно, помогает более точно рассчитать дозу инсулина для введения за 30 мин. до предполагаемого приема пищи.

Какие продукты не рекомендуется употреблять больным сахарным диабетом? Не рекомендуются сахар, конфеты, шоколад, кондитерские изделия с добавлением сахара, сдоба, пироги, варенье, мороженое и другие сладости; соки и фруктовые воды с добавлением сахара; острые, пряные, копченые закуски, консервы, горчица, перец; крепкие рыбные, мясные бульоны; алкогольные напитки.

Разгрузочные дни

Рекомендуются низкокалорийные разгрузочные дни (500–800 ккал/сут.) 1–3 раза/нед. На фоне проводимой диетотерапии могут использоваться следующие разгрузочные дни:

- Мясной – 300 г отварного мяса, приготовленного без соли, с овощным (кроме картофеля) гарниром (по 100 г), равномерно распределяемых в течение дня;

- рыбный – вместо мяса используется рыба в том же количестве;

- творожный – 500 г творога, лучше обезжиренного, который делится на 5 равных порций;

- молочный или кефирный – 1,5 л молока или кефира, разделенных на 6 приемов;

- яблочный – 1,5 кг сырых или печеных яблок.

По рекомендации врача возможны другие варианты разгрузочных дней.

Какие вещества относятся к сахарозаменителям? Сахарозаменители традиционно используются в диете больных сахарным диабетом для улучшения вкуса продуктов и блюд вместо рафинированной сахарозы (ксилит, сорбит, лактит, изомальт и др.). Однако, не оказывая выраженного влияния на повышение уровня глюкозы в крови после еды, сахарозаменители обладают побочным влиянием на функциональное состояние желудочно-кишечного тракта, вызывая урчание, вздутие, тяжесть в животе, поносы, в связи с чем их количество в диете больных сахарным диабетом регламентируется в количестве 30–40 г в сутки, на прием – не более 10–15 г.

Рост распространенности сахарного диабета типа лишь отчасти объясняется улучшением его выявления и старением населения. Основная же причина кроется в увеличении распространенности избыточной массы тела и ожирения.

Страдающие сахарным диабетом имеют высокий риск различных осложнений и преждевременной смерти. Так, риск общей смертности при сахарном диабете 2 типа повышен в 2-3 раза, причем ведущими причинами смерти являются ишемическая болезнь сердца и сердечная недостаточность. Риск развития ишемической болезни сердца или инсульта у больных сахар-

ным диабетом в 2-4 раза выше, чем у людей, не страдающих этим заболеванием. У больных сахарным диабетом часто отмечается артериальная гипертония. Большинство из них ведут малоподвижный образ жизни. Эти факторы еще больше повышают риск сердечно-сосудистых осложнений. Частой причиной смерти является почечная недостаточность, диабетическая гангрена с последующей ампутацией нижней конечности.

С помощью регулярного планового обследования лиц, относящихся к группам риска по развитию сахарного диабета, и доступных профилактических мероприятий можно снизить риск реализации заболевания.

По завершению занятий проведено повторное социологическое исследование «Школа для больных сахарным диабетом» ГБУЗ НСО «НКЦРБ»

Осуществлялся анонимный анкетный опрос по анкете(приложение 4), состоящей из 8 вопросов. В анкетировании приняли участие 10 пациентов, из них 3 мужчин и 7 женщин в возрасте от 45 лет и старше

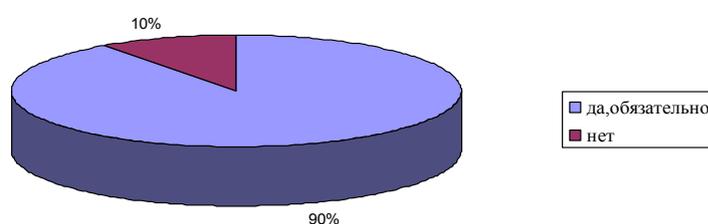


Рисунок 2.11 – Уровень информированности о профилактике синдрома диабетической стопы %

Большая часть опрошенных (90%) считает обязательным осмотр стоп. Раннее выявление признаков синдрома диабетической стопы позволит предотвратить дальнейшее развитие осложнений.

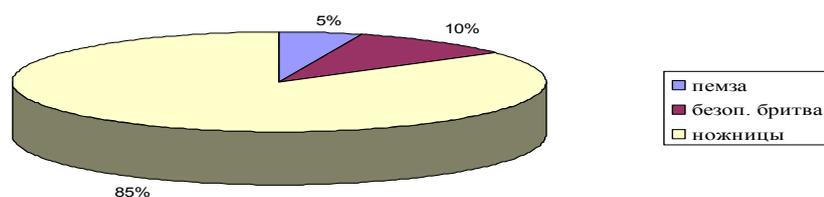


Рисунок 2.11 – Уровень знаний пациентов о предметах, используемых для ухода за ногами %

Из диаграммы видно, что 95% респондентов считают недопустимым использование острых режущих предметов при уходе за ступнями ног.

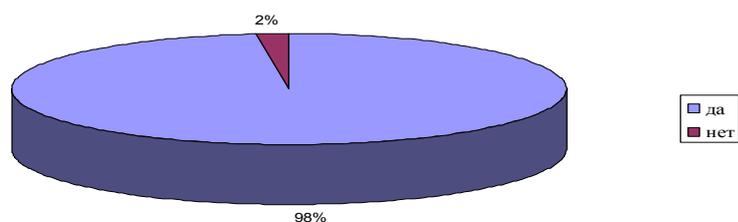


Рисунок 2.12 – Уровень информированности пациентов по соблюдению диеты %

Подавляющее число опрошенных (98%) считают необходимым соблюдении диеты при заболевании сахарным диабетом.

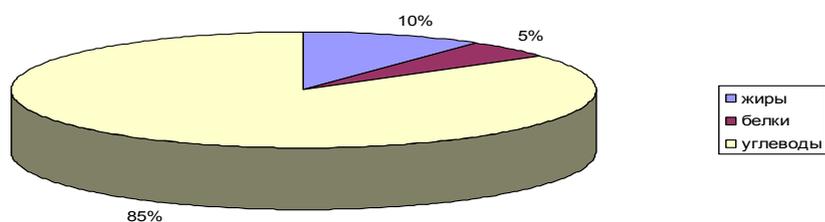


Рисунок 2.13 – Осведомленность пациентов о компонентах пищи повышают глюкозы крови %

Большинство (85%) участников опроса правильно отметили влияние углеводов на уровень сахара в крови.

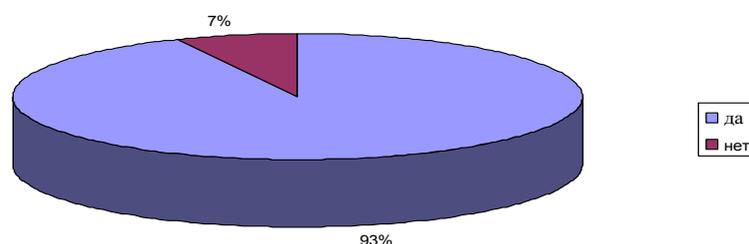


Рисунок 2.14 – Результаты знаний о понятии «хлебной единицы» %

Из диаграммы видно, что 93% респондентов имеют понятие о хлебной единице.

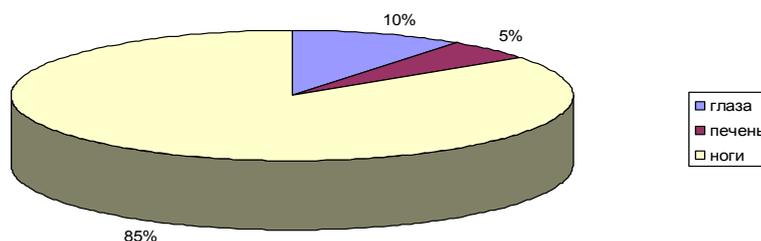


Рисунок 2.15 – Знания пациентов об «органах-мишенях» %

Анализ анкетирования показал, что 65% опрошенных имеют представление о последствиях заболевания

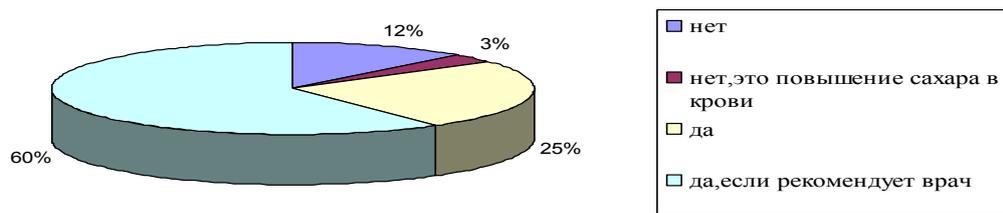


Рисунок 2.16 – Информированность пациентов о необходимости физической нагрузки для лечения Вашего диабета %

Допустимой физической нагрузкой при сахарном диабете при наличии рекомендации врача считают 60% участников опроса

Выводы после проведения занятий и итогового анкетирования по определению уровня информированности пациентов по заболеванию сахарный диабет:

1. Информированность пациентов о заболевании сахарный диабет и его осложнениях увеличилась после проведения занятий на 30%;

2. Информированность по соблюдению мер профилактики на 60%

3. Преверженность к рекомендациям врача увеличилась на на 30%

4. Проведенные занятия респондентами были оценены:

- как отличные 40%

- как хорошие 60%

Высказано мнение о необходимости проводить занятия в «Школе здоровья больных ахарным диабетом»

3. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ СИСТЕМЫ ОБУЧЕНИЯ В «ШКОЛЕ ДЛЯ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ» ПРИ ГБУЗ НСО «НОВОСИБИРСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ЦЕНТРАЛЬНАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА»

Для повышения качества обучения в «Школе для больных сахарным диабетом» при ГБУЗ НСО «Новосибирская клиническая центральная больница» нужно:

1. Организовать индивидуальное обучение для слушателей, у которых диагноз «сахарный диабет» только установлен. Методы индивидуального обучения жизни с диабетом преподаватель может подобрать в любом наборе, лишь бы они дали больному необходимые навыки самопомощи.

2. Для пациентов, страдающим заболеванием длительное время, организовывать повторные курсы обучения, чтобы дополнить и расширить знания.

3. По возможности обеспечить каждого слушателя рекламными брошюрами:

- о причинах возникновения и признаках сахарного диабета;
- об осложнениях заболевания и профилактики их;
- о рекомендациях по правильному питанию и изменению образа жизни;
- о методах самоконтроля.

4. Использовать компьютеризированные методы обучения.

5. Активно привлекать средства массовой информации к распространению знаний о сахарном диабете.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучив медицинские аспекты сахарного диабета, и, проанализировав уровень информированности слушателей «Школы здоровья больных сахарным диабетом» при ГБУЗ НСО «Новосибирская клиническая центральная районная больница» о заболевании, я могу сделать следующие выводы:

1. Проведенный анализ свидетельствует о необходимости обучения пациентов в «Школе для больных сахарным диабетом» с целью восполнения недостатка знаний о заболеваниях.

2. Повышение информированности пациентов, как результат обучения в «Школе больных сахарным диабетом» стимулирует их к приверженности к лечению и выполнению рекомендации по личной гигиене, правильному питанию и образу жизни.

3. Реализация обучающих программ с применением наглядного и раздаточного материала позволит снизить риски осложнения, а практические навыки позволяют правильно организовать свой образ жизни

Рекомендации по усовершенствованию системы обучения «Школы больных сахарным диабетом» при ГБУЗ НСО «Новосибирская клиническая центральная районная больница» позволит повысить качество жизни пациентов с сахарным диабетом, изменить отношение к данному заболеванию.

В первой главе бакалаврской работы мы изучили теоритические и профилактические аспекты заболевания сахарного диабета

Во второй главе мы проанализировали структуру ГБУЗ НСО «Новосибирская клиническая центральная районная больница» и оценили уровень информированности пациентов о данном заболевании. Провели опрос 10 пациентов, выявили отклонения и разработали планы, задачи, цели лекции, для корректировки недостатка знаний

В третьей главе мы разработали рекомендации по усовершенствованию системы обучения «Школы больных с сахарным диабетом» на базе ГБУЗ НСО «Новосибирская клиническая центральная районная больница», что

приведет к снижению осложнений и увеличит срок жизни пациентов. А так же приведет к плодотворному сотрудничеству среднего медицинского персонала и пациентов направленного на улучшение качества жизни.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Астамирова Х., Ахманов М. Настольная книга диабетика. Москва-СПб., «Издательский Дом «Нева», «ОЛМА-Пресс», с-383
2. Врач-эндокринолог Черниговской городской поликлиники № 3 Елена Пискун-газета «Аргументы и факты», статья от 28/01/2013 «Все о сахарном диабете: профилактика, причины, симптомы и правила питания»
3. Дедов И.И., Шестакова М.В., Миленская Т.М. Сахарный диабет: ретинопатия, нефропатия. — М.: Медицина, 2001. — 175 с.
4. Мошетова Л.К., Касаткина Э.П., Сабурова Г.Ш., Очирова Э.А., Бородай А.В., Пластинина А.М. Этиологическая многофакторность диабетической ангиопатии // Офтальмохирургия. — 2000. — № 4. — С. 72-75.
5. Михайлов В.В. Основы патологической физиологии. Руководство для врачей / Б. М. Сагалович. — М.: Медицина, 2001. — 704 с.
6. Носков С.М. Сахарный диабет. — Ростов н/Д: Феникс, 2007. — 547с.
7. Рубин А., Диабет для «чайников» -2-е изд.- М.: «Диалектика», 2006. —496с.
8. Сахарный диабет. Клиника, диагностика, поздние осложнения, лечение: Учеб.-метод.пособие, М. : Медпрактика-М, 2005.
9. Уоткинс.П.Дж. Сахарный диабет, «Бином»,М,2006,-с.134
10. Фаддеев П.Сахарный диабет.500ответов на самые важные вопросы: «Эксмо», М.2013., —с 250
11. Чумаева Е.А. Офтальмологические последствия сахарного диабета: социально-гигиенические и клинические аспекты // Вестник офтальмологии. — 2003. — № 5. — с 43-44.
12. Ягудина Р. И., Куликов А.Ю., Арина Е. Е. Фармакоэкономика сахарного диабета второго типа М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011. — 352с.
13. Все о сахарном диабете [электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.polismed.ru>

14. Глюкометры акку-чек актив [электронный ресурс], Режим доступа:
<https://www.accu-check.ru>

15. Профилактика сахарного диабета [электронный ресурс], Режим
доступа: <http://www.polismed.ru>

16. Сахарный диабет у взрослых [электронный ресурс], Режим доступа
<http://www.uhlib.ru>

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Измерение уровня сахара в крови с помощью глюкометра Accu-Chek Active

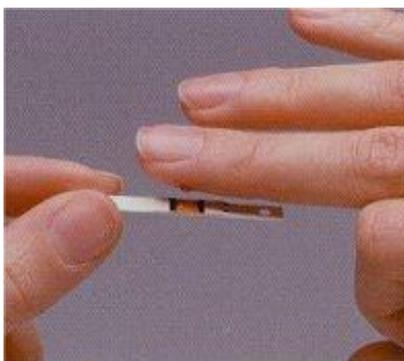
Измерение проводится натощак. Последний прием пищи должен быть за 8-10 часов до момента измерения. Позволяет провести анализ сахара в крови за 5 секунд. Для замера вам потребуется всего около 1 микролитра крови.

1. Помассировать пальцы рук, чтобы улучшить кровоток. Продезинфицируйте место прокола. Жиры и загрязнения на коже могут повлиять на точность анализа.

2. Зарядить ланцет иглой, приложить к боковой стороне подушечки пальца и нажать на кнопку.



3. Аккуратно выдавить каплю крови и убрать первую каплю сухой ваткой. Поднести тест-полоску, она сама втянет каплю крови.



4. 1. Вставить в глюкометр тест-полоску. Подождать несколько секунд и оценить результат. Он должен быть от от 3,9 до 5,5 ммоль/л.



Ортопедическая обувь для профилактики осложнений Диабетической стопы



<http://nektarin.su>

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Экспресс-анкета информированности населения о заболевании «Сахарный диабет»

1. Проводилось ли у Вас измерение уровня сахара крови за последний год:
 - а) да, по собственной инициативе;
 - б) по назначению врача;
 - в) нет

2. Есть ли у вас избыточная масса тела или ожирение? Для этого требуется подставить значения веса и роста в формулу: $A:B=C$, где А- вес пациентов (кг.); В-рост(м.); С-индекс (кг/м²):
 - а) менее 25 кг/м²;
 - б) от 25 до 30 кг\м²
 - в) более 30 кг\м²

3. Известно ли Вам о группах риска развития сахарного диабета?:
 - а) да;
 - б) нет;

4. Считаете ли Вы, то ранняя постановка диагноза «сахарный диабет» позволит человеку увеличить срок жизни:
 - а) да;
 - б) нет

5. Как Вы предполагаете, какие трудности может испытывать человек, больной сахарным диабетом, в случае отсутствия лечения:
 - а) снижение уровня зрения;
 - б) сосудистые нарушения (инфаркт,инсульт)
 - в) затрудняюсь ответить

6. Знаете ли Вы признаки сахарного диабета?:
 - а) да
 - б) нет

7. Откуда Вы получаете информацию о диабете?
 - а) от знакомых, родственников;
 - б) из средств массовой информации,телевидения,Интернета ;
 - в) от медицинских работников
 - г) из печати (газеты,журналы)

- 8) Ваш возраст:
 - а) до 45 лет;
 - б) от 45 до 55 лет;
 - в) старше 55 лет

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Примерное меню для человека, больного сахарным диабетом

(из расчета 1 600 калорий или на 13 ХЕ)

1ХЕ=15г.чистых углеводов

<i>Завтрак</i>				
Каша овсяная	4 ст.л. отварной крупы	100г	2ХЕ	123 ккал
Бутерброд с сыром	1 шт.	30г хлеба и 60г.сыра	1ХЕ	218 ккал
Вареное яйцо	1 шт.		0ХЕ	78 ккал
Чай\кофе\ минеральная вода	1-2 стакана	250-500мл	0ХЕ	
<i>Перекус</i>				
Яблоко или груша или персик	1 шт.	100г.	1 ХЕ	61 ккал
<i>Обед</i>				
Суп картофельный с мясом	1 тарелка	70г. картофеля, 30 г. мяса	1Х Е	140 ккал
Макаронные изделия (отварные)	6 ст.л.	100г	2ХЕ	123 ккал
Куриная грудка (отварная, на гриле, запеченная)		100 г.	0 ХЕ	235 ккал
Салат из свежих овощей (капуста, огурцы, Помидоры, зелень, лук)		200 г.	0 ХЕ	
Чай\кофе\ минеральная вода	1-2 стакана	250-500 мл	0ХЕ	
<i>Перекус</i>				
Клубника, смородина, черешня, малина или черника	1 бдюдце	100 г	1ХЕ	61 ккал
<i>Ужин</i>				
Творог малой жирности	3\4 стакана	160 г	0ХЕ	235 ккал
Клубника, смородина, черешня	1 бдюдце	100 г.	1ХЕ	61 ккал
Каша перловая	4 ст.л. отварной крупы	130 г.	2ХЕ	123 ккал
Чай\кофе\ минеральная вода	1-2 стакана	250-500 мл.	0ХЕ	
<i>Перекус</i>				
Кефир 1%	1 стакан	250 мл.	1ХЕ	61 ккал
Яблоко	1 шт.	100 г.	1ХЕ	61 ккал

*Экспресс-анкета информированности населения о заболевании
«Сахарный диабет»*

1. Проводилось ли у Вас измерение уровня сахара крови за последний год:
 - а) да, по собственной инициативе;
 - б) по назначению врача;
 - в) нет

2. Есть ли у вас избыточная масса тела или ожирение? Для этого требуется подставить значения веса и роста в формулу: $A:B=C$, где А- вес пациентов (кг.); В-рост(м.); С-индекс (кг/м²):
 - а) менее 25 кг/м²;
 - б) от 25 до 30 кг\м²
 - в) более 30 кг\м²

3. Известно ли Вам о группах риска развития сахарного диабета?:
 - а) да;
 - б) нет;

4. Считаете ли Вы, то ранняя постановка диагноза «сахарный диабет» позволит человеку увеличить срок жизни:
 - а) да;
 - б) нет

5. Как Вы предполагаете, какие трудности может испытывать человек, больной сахарным диабетом, в случае отсутствия лечения:
 - а) снижение уровня зрения;
 - б) сосудистые нарушения (инфаркт,инсульт)
 - в) затрудняюсь ответить

6. Знаете ли Вы признаки сахарного диабета?:
 - а) да
 - б) нет

7. Откуда Вы получаете информацию о диабете?
 - а) от знакомых, родственников;
 - б) из средств массовой информации,телевидения,Интернета ;
 - в) от медицинских работников
 - г) из печати (газеты,журналы)

- 8) Ваш возраст:
 - а) до 45 лет;
 - б) от 45 до 55 лет;
 - в) старше 55 лет

*Экспресс-анкета информированности населения
о заболевании «Сахарный диабет»*

1. Вы считаете обязательно проводить ежедневный осмотр стоп больным сахарным диабетом с целью предотвращения развития синдрома диабетической стопы?
 - а) да, обязательно;
 - б) нет

2. Какими из перечисленных предметов нельзя пользоваться при уходе за ногами при синдроме диабетической стопы?
 - а) пемза
 - б) безопасная бритва
 - б) ножницы

3. Как Вы считаете необходимо ли соблюдать диету больному сахарным диабетом?
 - а) да;
 - б) нет

4. Какие из перечисленных компонентов пищи повышают сахар крови?
 - а) жиры;
 - б) белки;
 - в) углеводы

5. Знаете ли вы что такое хлебная единица и чему она равна?
 - а) да;
 - б) нет

6. Следуете ли Вы рекомендациям врача?
 - а) да;
 - б) нет

7. В каких органах более всего проявляется осложнение диабетом?
 - а) глаза;
 - б) печень;
 - в) ноги

8. Желательна ли регулярная физическая нагрузка, мышечная работа для лечения Вашего диабета?
 - а) нет, лучше отнее воздержаться
 - б) нет, это повышение сахара в крови;
 - в) да;
 - г) да, если рекомендует врач