Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:
https://stuservis.ru/kursovaya-rabota/354831

Тип работы: Курсовая работа

Предмет: Сестринское дело

ВВЕДЕНИЕ 3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ САХАРНОГО ДИАБЕТА 5
1.1. Этиология и клинические проявления сахарного диабета 5
1.2. Лечебно-диагностическая тактика при сахарном диабете 9
1.3. Осложнения сахарного диабета 13
ГЛАВА 2. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ УХОДЕ ЗА ПОЖИЛЫМ ПАЦИЕНТАМИ С ТЯЖЕЛЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 20
2.1. Сестринский уход при сахарном диабете и его осложнениях у пожилых пациентов 20
2.2. Анализ клинических случаев 27
2.3. Тактика медсестры при диабетических комах 33
ЗАКЛЮЧЕНИЕ 36
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ 39

Эпидемия сахарного диабета продолжается уже давно. К сожалению, тенденции снижения заболеваемости за последние десятилетия не наблюдается, и на сегодняшний день можно смело говорить о том, что сахарный диабет является одним из самых распространенных и тяжелых заболеваний. Сахарный диабет – неинфекционное хроническое эндокринное заболевание, проявляющееся глубокими нарушениями обмена липидов, белков и углеводов, связанными с абсолютным или относительным дефицитом гормона, вырабатываемого поджелудочной железой.
Диабет 2 типа является наследственным заболеванием. Подавляющее большинство людей с данным типом заболевания имеют избыточный вес. Ожирение само по себе является одним из основных факторов риска развития сахарного диабета 2. Этот тип заболевания обусловлен снижением чувствительности тканей к действию инсулина (инсулинорезистентность), который синтезируется в нормальных или даже повышенных количествах в начале. Со временем чрезмерная секреция инсулина истощает β-клетки поджелудочной железы, что требует инъекций инсулина. [2]
Сахарный диабет проявляется повышением содержания сахара в крови, снижением способности тканей поглощать и использовать глюкозу, усилением мобилизации альтернативных источников энергии - аминокислот и свободных жирных кислот. Из-за дефицита инсулина инсулинозависимые ткани (печень, жировая и мышечная) теряют способность использовать глюкозу крови, в результате чего повышается уровень сахара в крови (гипергликемия) - главный диагностический признак сахарного диабета.
Из-за дефицита инсулина в жировой ткани стимулируется распад жиров, что приводит к повышению их уровня в крови, а в мышечной ткани стимулируется распад белков. Субстраты катаболизма жиров и белков трансформируются печенью в кетоновые тела, которые используются инсулиннезависимыми тканями (преимущественно мозгом) для поддержания энергетического баланса в условиях дефицита инсулина.
Глюкозурия является адаптивным механизмом устранения повышенного содержания глюкозы в крови, когда уровень глюкозы превышает пороговое значение для почек (около 10 ммоль/л). Глюкоза является осмоактивным веществом, и увеличение ее концентрации в моче стимулирует повышенное выделение воды (полиурию), что, в конечном итоге может привести к обезвоживанию организма, если потеря воды не компенсируется адекватным увеличением потребления жидкости. Наряду с повышенной потерей воды с мочой теряются и минеральные соли – развивается дефицит катионов натрия, калия, кальция и магния, хлорид-анионов, фосфатов и бикарбонатов.

Рисунок 1 – Патогенез сахарного диабета

По состоянию углеводного обмена выделяют следующие типы СД:
• компенсированный – на фоне лечения достигнута нормальная гликемия и отсутствует сахар в моче;
• субдокомпенсированный – уровень глюкозы в крови (до 13,9 ммоль/л) и в моче (до 50 г/л) умеренный, при

этом в моче отсутствует ацетон;
• декомпенсированный – все показатели, характерные для субдокомпенсации, значительно повышены, в моче обнаруживается ацетон. [12]

Рисунок 2 – Классификация сахарного диабета

Пожилые пациенты часто страдают от одиночества, социальной изоляции и беспомощности. Эти факторы часто приводят к развитию психоаффективных расстройств, глубокой депрессии и нервозам. Основные заболевания в этой возрастной группе часто осложняются возникновением когнитивной дисфункции (ухудшение памяти и внимания). Также существует повышенный риск развития болезни Альцгеймера. Для пожилых людей основное внимание часто уделяется не оптимальной компенсации диабета, а обеспечению необходимого ухода и общего медицинского обслуживания.
Диабет у пожилых людей не всегда проявляется очевидными клиническими симптомами (например, полиурия, полидипсия). Заболевание часто протекает латентно и остается незамеченным до тех пор, пока клинически не проявятся поздние осложнения диабета, такие как нарушения зрения (ретинопатия), заболевания почек (нефропатия), трофические язвы и гангрена нижних конечностей (синдром диабетической стопы), инфаркты или инсульты.
Классическая картина клинических проявлений сводится к классической триаде: полиурия, полидипсия и полифагия. При обследовании выявляют гипергликемию и глюкозурию, что вызывает полиурию. Гипергликемия обусловлена снижением утилизации глюкозы из-за отсутствия секреции или снижения биологического действия инсулина в тканях-мишенях.
Гипергликемия приводит к глюкозурии. Полная реабсорбция глюкозы в канальцах почек происходит при уровне сахара в крови не выше 9 ммоль/л. Более высокая концентрация глюкозы вызывает ее экскрецию с мочой. Полиурия, которая в ряде случаев достигает 8-9 л в сутки, но чаще всего не превышает 3-4 л, является следствием осмотического диуреза, который обусловлен высокой концентрацией глюкозы в моче. Частое и обильное мочеиспускание как днем, так и ночью.
Полидипсия – компенсаторная реакция организма, направленная на восстановление водного баланса. Полифагия также является своеобразной компенсаторной реакцией, позволяющей в некоторой степени увеличить поступление в организм источников энергии и нивелировать их потерю, что при сахарном диабете проявляется в виде глюкозурии. Обезвоживание организма приводит к сухости слизистых оболочек кожи и снижению ее тургорности.
Состояние кожи и слизистых оболочек может быть показателем выраженности нарушенных метаболических процессов и состояния компенсации сахарного диабета.

При нарушениях углеводного обмена кожа, язык и губы становятся сухими, а тургор кожи снижается. Обезвоживание вызвано, с одной стороны, выделением почками слишком большого количества воды, а с другой - жаждой из-за повышенной концентрации глюкозы, мочевины и натрия в крови. Диабет сопровождается подавлением функции слюнных желез и зудом кожи (особенно женских половых органов). Диабет 2 типа развивается медленно, в течение нескольких недель или месяцев; часто его впервые диагностируют при профилактических осмотрах или во время обращения к врачу по поводу зуда, фурункулеза и других заболеваний.

1.2. Лечебно-диагностическая тактика при сахарном диабете

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

Диагностику сахарного диабета начинают со сбора жалоб и анамнеза. При наличии характерной для сахарного диабета клиники диагноз сахарного диабета подтверждают двухкратным определением уровня глюкозы в крови натощак и/или 2-х часового перорального глюкозотолерантного теста.

Определение уровня глюкозы в плазме крови. Кровь берут из пальца, натощак. Положительный диагноз сахарного диабета устанавливается при наличии глюкозы выше 7,0 ммоль/л при проведении анализа два и более раз в разные дни. Показатели могут меняться в зависимости от физической активности и приема пищи.

Тест на гликированный гемоглобин (HbAc1). В отличие от показателей уровня глюкозы в крови, уровни HbAc1 изменяются медленно, поэтому этот тест является надежным методом диагностики и мониторинга заболевания. Показатель выше 6,5% говорит о наличии сахарного диабета.

Анализ мочи на глюкозу и ацетон. У больных сахарным диабетом суточная моча содержит глюкозу, ее определяют только при высоком уровне глюкозы в крови (от 10 ммоль/л). Наличие трех-четырех «крестов» ацетона в моче также указывает на наличие сахарного диабета.

Анализ крови на толерантность к глюкозе. Это предполагает определение концентрации глюкозы через два часа после приема натощак стакана воды с растворенной глюкозой (75 г). Диагноз сахарного диабета подтверждается, если исходный уровень глюкозы (7 ммоль/л и более) после употребления раствора повысился не менее чем до 11 ммоль/л.

В случае нарушенной толерантности к глюкозе количество глюкозы натощак составляет 6,6 ммоль/л, а через 2 часа — от 7,8 до 11,1 ммоль/л. Для целей клинической диагностики сахарный диабет всегда должен быть подтвержден повторным тестированием на следующий день.

По данным ВОЗ, диагноз сахарного диабета считается достоверным, если присутствует одно из следующих трех состояний:

1) наличие симптомов сахарного диабета, таких как полиурия, полидипсия, связанных с уровнем глюкозы в крови, равным или превышающим 11,1 ммоль/л при определении в любое время;

2) глюкоза крови натощак - 6,1 ммоль/л и более;

3) содержание глюкозы в капиллярной крови через 2 часа после нагрузочной пробы - 11,1 ммоль/л и более.

Лечение пожилых пациентов с диабетом II типа часто является тяжелой задачей, оно осложняется большим количеством сопутствующих заболеваний, множественной патологией, социальными факторами (изоляция, беспомощность), когнитивными нарушениями, снижением способности к обучению и отсутствием приверженности к лечению.

Лечение СД типа предполагает решение основных задач:

• компенсировать недостаток инсулина;

• скорректировать гормонально-метаболические нарушения;

• осуществление терапии и профилактики осложнений.

Для их решения применяется следующие методы лечения:

1. диетотерапия;

2. физические нагрузки;

3. применение сахароснижающих препаратов;

4. инсулинотерапия;

5. хирургическое вмешательство. [6]

Диетотерапия

Основные принципы питания больных СД II в пожилом возрасте не отличаются от рекомендуемых для молодых пациентов. Диета при сахарном диабете, как и обычное питание, предполагает оптимальное

соотношение основных веществ, содержащихся в продуктах: белки должны составлять 15 % суточного рациона, жиры – 25 %, а углеводы – 60 %. Отличие диеты при СД заключается в характере потребляемых углеводов: рафинированные сахара заменяются медленно усваиваемыми углеводами. Так как это заболевание возникает у людей с избыточным весом, снижение массы тела является важнейшим условием, нормализующим уровень сахара в крови. В связи с этим рекомендуется калорийная диета, при которой больной будет терять 500 г массы тела в неделю до достижения идеального веса. Однако еженедельная потеря веса не должна превышать 2 кг, иначе это приведет к чрезмерной потере мышечной, а не жировой ткани. Также необходимо принимать витамины. Недостаток витаминов в организме можно компенсировать рациональным употреблением полезных продуктов, таких как свежая зелень, овощи, фрукты и ягоды.

1. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом: руководство / под редакцией И.И. Дедова, М. В. Шестаковой - 7-й выпуск – Москва: 2015.
2. Алгоритм диагностики сахарного диабета 2-го типа и контроль углеводного обмена: пособие для врачей/ Мисникова И.В., Древаль А.В., Губкина В.А., Ковалева Ю.А. – 2015.
3. Белоусова, О.Н. Прогнозирование риска развития осложнений у больных сахарным диабетом 2 типа [Текст]: учеб.-метод. пособие / О.Н. Белоусова, О.А. Осипова, М.И. Чурносов, К.И. Прощаев. – Белгород: ИД «Белгород» НИУ «БелГУ», 2017. – 56 с.
4. Бокарев, И.Н. Внутренние болезни: дифференциальная диагностика и лечение [Текст]: учебник / И.Н. Бокарев, Л.В. Попова – М.: Медицинское информационное агентство, 2015. – 776 с.
5. Вёрткин, А.Л. Сахарный диабет [Текст]: руководство для практических врачей / А.Л Вёрткин – Москва: Эксмо, 2015. – 77 с.
6. Дедов, И.И. Эндокринология: учебник / И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко, В. В. Фадеев - М.: Литтерра, 2015.
7. Жернакова, Н.И. Актуальные вопросы внутренних болезней [Текст]: учеб. пособие / Н.И. Жернакова, Т. Ю. Лебедев. – Белгород: ИД «Белгород» НИУ «БелГУ», 2017. – 96 с.
8. Круглов, В.И. Диагноз: сахарный диабет / В.И. Круглов. - М.: Феникс, 2020. - 225 с.
9. Казьмин, В.Д. Сахарный диабет: Как избежать осложнений и продлить жизнь. Ростов – на – Дону: Феникс, 2014. – 123 с.
10. Коматозные состояния: учеб. пособие / сост.: Р. Х. Гизатуллин, И. И. Лутфарахманов, Р. Р. Гизатуллин, Р.Ф. Рахимова. – Уфа: ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, 2018. – 63 с.
11. Лычев, В.Г. Сестринский уход в терапии. Участие в лечебно-диагностическом процессе: учебник / Лычев В.Г., Карманов В.К. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018.
12. Неотложная эндокринология / А. Н. Окороков. – М.: Медицинская литература, 2011. – 192 с.
13. Никонова Л.В. Диагностика и лечение коматозных состояний у больных сахарным диабетом. Гипогликемический синдром: метод. пособие для студентов лечебного и медико-психологического факультетов / Л.В. Никонова, С.В. Тишковский. – 4-е изд. – Гродно: ГрГМУ, 2010. – 36 с.
14. Обуховец, Т. П. Основы сестринского дела / Т.П. Обуховец, О.В. Чернова. - М.: Феникс, 2016. - 768 с.
15. Сахарный диабет в практике терапевта: учеб. пособие / Ю. Б. Беляева, Ф. К. Рахматуллов. – Пенза, 2010. – 132 с.
16. Сединкина Р. Г., Игнатюк Л. Ю. Сестринская помощь при заболеваниях эндокринной системы и обмена веществ. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. 272 с.: ил.
17. Скворцов, В. В. Клиническая эндокринология. Краткий курс: учеб.-метод. пособие / В. В. Скворцов, А. В. Тумаренко. – Санкт-Петербург: СпецЛит, 2015. - 187 с.
18. Учебно-методическое пособие «Сахарный диабет. Клиника, диагностика, тактика ведения. Неотложные состояния»/ сост. И.Р.Керова, С.А.Прибылова, Н.А. Манина. – Ульяновск, 2016. – 155 с.
19. Царенко, С.В. Интенсивная терапия при сахарном диабете / С.В. Царенко. - М.: Медицина, 2018. - 866 с.
20. Эндокринология / сост. А. С. Дементьев, Н. А. Калабкин, С. Ю. Кочетков. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 608 с.

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:
https://stuservis.ru/kursovaya-rabota/354831