

ФГБОУ ВО Волгоградский Государственный Медицинский Университет
Кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического
факультетов



Научно-исследовательская работа

**ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ С
ХИРУРГИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ
САХАРНОГО ДИАБЕТА.**

Выполнил:

Студент 8 группы
педиатрического факультета

Гасанов М. А.

Проверил:

Волгоград 2018

Содержание

1. Введение.
2. Патогенез сахарного диабета.
3. Признаки осложнений сахарного диабета.
4. Послеоперационный период у больных сахарным диабетом, особенности ухода.
5. Заключение.
6. Список литературы.

Введение

В V веке нашей эры индийские врачеватели Сусрута и Чарука описали полных и худых больных диабетом и отметили сладкий вкус мочи у этих больных.

Авиценна в X веке нашей эры также детально описывал феномен диабета в своих «Канонах медицины» и обратил внимание на гангрену при диабете.

В XVII веке Томас Виллис (T. Willis, Англия) внес в характеристику диабета еще одну важнейшую деталь. Он определил, что моча больных имеет сладкий вкус, так как содержит сахар. После этого название диабета было сформулировано окончательно, и он стал называться сахарным диабетом.

Сахарный диабет (СД) - эндокринно-обменное заболевание, в основе которого лежит абсолютный и относительный дефицит инсулина, ведущий к нарушению всех видов обмена веществ; иными словами, это состояние хронической гипергликемии, развивающейся в результате воздействия ряда экзо- и эндогенных факторов. Ведущим в клинике СД является нарушение углеводного обмена с прогрессирующей гипергликемией и глюкозурией. Сахарным диабетом болеют 6,5% населения, в том числе в РФ - 5%. Причем каждые 10-15 лет количество больных возрастает в 2 раза. В индустриальных странах мира у 11,2% населения отмечается нарушение толерантности к глюкозе (НТГ), ежегодно у 5% из них развивается СД 2-го типа. Среди пожилых лиц он составляет 16%. При ожирении частота СД увеличивается в 30 раз. В соответствии с правилом «айсберга» истинная 5 заболеваемость СД в два с лишним раза превышает зарегистрированную. СД входит в триаду наиболее частых причин инвалидизации и смертности людей (атеросклероз, рак, СД)

Патогенез сахарного диабета.

Причиной клинических проявлений у больных СД является недостаточное количество инсулина при диабете 1-го типа или инсулиновая резистентность при диабете 2-го типа.

Инсулин осуществляет утилизацию, метаболизм и «складирование» поступающих в организм пищевых веществ. Он также участвует в процессе роста и дифференцировки тканей, проявляет анаболическое действие и катаболические свойства в отношении углеводов, жиров и аминокислот.

Влияние инсулина на углеводный обмен:

1. увеличение утилизации глюкозы мышцами и жировой тканью
2. увеличение синтеза гликогена печенью и мышцами
3. повышение фосфорилирования глюкозы
4. усиление гликолиза
5. уменьшение глюконеогенеза
6. уменьшение гликогенолиза.

Влияние инсулина на жировой обмен:

1. повышение липогенеза
2. повышение активности липопротеиновой липазы
3. увеличение синтеза жирных кислот
4. увеличение образования глицеринфосфата
5. увеличение эстерификации жирных кислот в триглицериды
6. уменьшение липолиза и кетогенеза.

Влияние инсулина на белковый обмен:

1. увеличение анаболизма белка
2. увеличение поглощения аминокислот
3. увеличение синтеза белка
4. уменьшение катаболизма белка.

Нарушение синтеза инсулина или его способности связываться с инсулиновыми рецепторами, уменьшение количества рецепторов к инсулину на клеточной мембране приводит к сложным и взаимосвязанным нарушениям всех видов обмена веществ. Эти нарушения могут усугубляться при развитии хирургической патологии, что требует от врача принятия своевременных адекватных мер по оказанию квалифицированной помощи больному.

Абсолютный дефицит инсулина приводит к развитию *инсулинзависимого СД или диабета I типа (10-20%)*.

Относительный дефицит инсулина за счет снижения чувствительности рецепторов инсулинзависимых тканей к инсулину приводит к развитию *инсулиннезависимого СД или диабета II типа (80%)*.

Признаки осложнений сахарного диабета.

Во время наблюдения хирург должен помнить, что в послеоперационном периоде у больных сахарным диабетом помимо обычных осложнений (пневмонии, нагноения раны, сердечно-сосудистой недостаточности, тромбозов и др.) могут развиваться и специфические опасные для жизни состояния — кетоацидемическая (гипергликемическая), гипогликемическая комы.

Гипергликемическая (кетоацидемическая) кома нередко развивается у больных, которые «забывают» сообщить врачу о наличии у них сахарного диабета или когда в экстремальных условиях не определяют содержание глюкозы в крови и моче, т.к. по мнению многих исследователей, в основе данной комы лежит нарастающая инсулиновая недостаточность.

Гипогликемическая кома опасна тем, что в связи со снижением уровня глюкозы в крови в первую очередь наступает углеводное голодание коры головного мозга, которое приводит к возникновению мозговых расстройств

Внезапная потеря сознания, отсутствие запаха ацетона, нормальный тонус глазных яблок, расширение зрачков, судороги и тремор, влажная кожа, потливость, нормальное или слегка пониженное артериальное давление,

аритмичный пульс, низкий уровень глюкозы в крови (ниже 5 ммоль/л) и быстрое улучшение общего состояния после внутривенного введения глюкозы или приема сладкого чая — такова характерная клиническая картина гипогликемии.

Таким образом, гипер- и гипогликемическая комы — это опасные осложнения сахарного диабета, которых не следует допускать.

Поражение глаз при сахарном диабете носит название диабетической ретинопатии. Это осложнение сахарного диабета связано с нарушением кровообращения в сосудах глазного дна, а именно — в сетчатке глаза. Сосуды сетчатки при диабетической ретинопатии становятся более ломкими, проницаемыми, что может привести к кровоизлияниям. Диабетическая ретинопатия развивается постепенно и даже довольно выраженные её стадии могут быть неощутимы для больного. При обширном кровоизлиянии в сетчатку или её отслойке может произойти существенное снижение остроты зрения вплоть до полной слепоты. Наличие и степень выраженности диабетической ретинопатии может определить только врач-офтальмолог (окулист) при осмотре 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).

Поражение почек при сахарном диабете называется диабетическая нефропатия. Почечные клубочки (из которых и состоит ткань почки) выполняют функцию фильтра. Ненужные вещества фильтруются из крови и выводятся с мочой, а нужные — задерживаются. При поражении мелких сосудов почечных клубочков при сахарном диабете фильтр становится более проницаемым. В мочу попадает белок, который является нужным веществом, и в норме через почечный фильтр не проникает. Почувствовать начальные проявления диабетической нефропатии невозможно, поэтому необходимо сдавать анализ суточной мочи на белок, биохимический анализ крови (в частности, креатинин, мочевины) не реже 1 раза в год (а при развитии диабетической нефропатии — чаще, в зависимости от стадии).

Поражение нервов при сахарном диабете называется диабетической нейропатией и является одним из основных осложнений сахарного диабета. Прежде всего при сахарном диабете страдают ноги, так как там самые длинные нервные волокна во всем организме человека. Проявляется

диабетическая нейропатия болями в ногах, чувством жжения, «ползания мурашек», покалывания, онемения. Также диабетическая дистальная нейропатия характеризуется снижением чувствительности ног: пропадает возможность воспринимать воздействие высокой и низкой температуры, боль (например, укол острым предметом), вибрацию и т.д. Это осложнение сахарного диабета представляет большую опасность, потому что увеличивает риск и делает незаметными небольшие травмы, например, при попадании в обувь посторонних предметов, ношения неправильно подобранной обуви, при обработке ногтей, мозолей. Снижение чувствительности в сочетании с распространенной при диабете и избыточном весе деформацией стоп приводит к неправильному распределению давления при ходьбе. Это ведёт к травматизации тканей стопы вплоть до формирования язв в местах наибольшей нагрузки. Участки травматизации могут воспаляться, развивается инфекция. Воспалительный процесс в условиях сниженной чувствительности запущенных случаях процесс может прогрессировать, приводя к развитию гнойного воспаления — флегмоны. При худшем варианте развития событий и в отсутствии лечения конечностей может возникать омертвление тканей — гангрена. Гангрена, пожалуй, является одним из наиболее грозных осложнений сахарного диабета.

Поражение сердца и крупных кровеносных сосудов у больных сахарным диабетом связано с атеросклерозом артерий. По механизму развития это осложнение сахарного диабета не отличается от такового у лиц без сахарного диабета. Но у больных сахарным диабетом атеросклероз встречается значительно чаще, чем у остальных, и в более молодом возрасте.

Послеоперационный период у больных сахарным диабетом, особенности ухода.

Течение послеоперационного периода у больных сахарным диабетом характеризуется крайней неустойчивостью компенсации углеводного и других видов обмена веществ. Уровень глюкозы в крови и моче изменяется почти каждый час. Вместе с тем сахарный диабет, наркоз, операционный стресс и кровопотеря, вызывая гипердреналинемию, гипергликемию, способствуют развитию обезвоживания и кетоацидоза. Течение послеоперационного периода усугубляют также сопутствующие заболевания — атеросклероз, гипертоническая болезнь и др.

После операции больные сахарным диабетом нуждаются в постоянном наблюдении. Лечение каждого больного должно быть строго индивидуальным и включать следующие основные мероприятия:

- 1) регулярное введение инсулина с определенными интервалами в зависимости от уровня глюкозы в крови и моче;
- 2) внутривенное введение необходимого количества растворов, в том числе и 5% раствора глюкозы (лучше всего постоянно капельно);
- 3) систематический контроль за изменением показателей гомеостаза и их коррекция.

После операции больного сахарным диабетом как можно раньше переводят на обычное питание в целях уменьшения парентерального введения глюкозы и других растворов (профилактика тромбофлебитов). При операциях на пищевод и желудке желательнее сразу же использовать энтеральное питание по методу С.И. Спасокукоцкого (через назоеюнальный зонд). Раннее восстановление моторики кишечника и поступление полноценных питательных веществ (белков, жиров, углеводов, витаминов, микроэлементов) способствуют благоприятному течению послеоперационного периода.

Гигиена полости рта

При сахарном диабете болезни зубов и дёсен развиваются чаще и протекают более тяжело, поэтому уходу за полостью рта должно уделяться большое значение. Больной диабетом должен регулярно (1 раз в 6 мес) посещать врача-стоматолога, своевременно лечить кариес зубов, снимать зубной камень.

Уход за ногами

Опасность поражения ног при сахарном диабете очень велика. Существует даже понятие синдрома “диабетической стопы”. Лечение диабетической стопы - сложный и длительный процесс. Но заболеваний и осложнений можно избежать, выполняя индивидуальные профилактические мероприятия по уходу за ногами.

Важным фактором сохранения здоровья является соблюдение ритмичности в повседневной жизни. Прежде всего речь идёт о чередовании трудовой деятельности и отдыха, бодрствования и сна. Среди всех видов отдыха наиболее физиологически важный - сон. Нарушения сна значительно ослабляют эффективность лечения диабета. Для обеспечения быстрого засыпания и глубокого сна рекомендуются:

- последний приём пищи не менее чем за 2ч до отхода ко сну (исключение допустимо лишь для больных, пользующихся инсулином пролонгированного действия и склонных к гипогликемическим состояниям - таким больным желательно за 30-40 мин до сна принять лёгкий дополнительный ужин - фрукты, кефир);
- 30 - минутная вечерняя прогулка на свежем воздухе;
- спать в хорошо проветренном помещении;
- принять удобное, привычное положение, расслабиться;
- с помощью самовнушения расслабить мышцы.

Вопрос о необходимости применения снотворных и успокаивающих средств решается врачом индивидуально.

Рациональная психотерапия

Сахарный диабет является пожизненным заболеванием, поэтому у многих постановка такого диагноза вызывает депрессию, потерю интереса к окружающему миру. Врач-эндокринолог должен постоянно проводить с больными и членами его семьи психотерапевтические беседы, подчеркивая при этом, что при правильном режиме и лечении больной может вести нормальный образ жизни, выполнять свои профессиональные обязанности и не чувствовать своей ущербности.

Очень важно создать для больного благоприятную психологическую обстановку на работе, в семье, окружить пониманием, заботой.

Приемы самоконтроля

Система обучения и самоконтроля имеет огромное значение, так как позволяет поддерживать состояние компенсации и предупреждать

развитие тяжелых ангиопатий и нейропатий. Обучение и самоконтроль предусматривают:

- ознакомление с сутью заболевания, механизмами его развития, прогнозом, принципами лечения;
- соблюдение правильного режима труда и отдыха;
- занятия физкультурой;
- организацию правильного лечебного питания;
- постоянный контроль массы своего тела;
- изучение методики инъекций инсулина.
- самоконтроль за показателями в крови и моче (с помощью индикаторных полосок, глюкометров)

Заключение.

Подводя итоги, можно сделать вывод, что сахарный диабет действительно бич XXI века. Это заболевание более опасно не как одиночное клиническое проявление, а как некий «посредник» других заболеваний, которые могут возникнуть как серьезные осложнения. Своевременная профилактика этих осложнений позволяет избежать болезненных состояний и тяжелых последствий. В послеоперационном периоде гигиена играет большую роль у больных сахарным диабетом. Сюда относят не только соблюдение личной гигиены, поддержание гигиены жилища, гигиены одежды, питания, но и выработка дозированной физической нагрузки, комплексов лечебной физкультуры, закаливание, исключение вредных привычек, а также гигиена питания.

Список литературы

https://otherreferats.allbest.ru/medicine/00049877_0.html#text

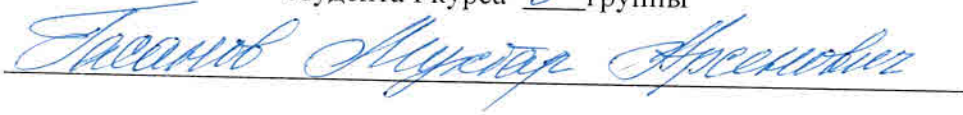
<http://www.webdiabet.ru/posleoperatsionnyj-period-u-bolnyh-saharnym-diabetom/>

С.А. Совцов Ж.А. Ревель-Муроз – Тактика ведения хирургических больных с сахарным диабетом

Учебное издание. Кондратенко Г.Г., Игнатович И.Н., Татур А.А., - Сахарный диабет в хирургии

Рецензия

на научно-исследовательскую работу, предусмотренную программой практики «Производственная практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (помощник младшего медицинского персонала, научно-исследовательская работа)» на кафедре хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов по специальности 31.05.02 Педиатрия студента I курса 2 группы



Работа выполнена на соответствующем требованиям программы практики методологическом уровне. Автором поставлена конкретная, достижимая к выполнению цель исследования. Задачи позволяют полностью достичь поставленной цели. Стиль изложения материала логичен. Автором проанализированы основные источники литературы по данной теме.

В ходе проведённого анализа недостатков не выявлено.

Все разделы логично и последовательно отражают все вопросы по решению задач, поставленных в работе.

Автор демонстрирует хорошее знание современного состояния изучаемой проблемы, четко и ясно изложены все разделы.

Обзор литературы основан на анализе основных литературных источников, отражает актуальные и нерешенные проблемы изучаемой области медицины.

Объем и глубина литературного обзора указывают на удовлетворительное знание автора об исследуемой проблеме.

Последовательность изложения соответствует поставленным задачам. В обсуждении результатов исследования подведены итоги работы, дан глубокий анализ, свидетельствующий о научной зрелости автора. Сформулированные выводы логично вытекают из имеющихся данных. Работа написана простым литературным языком, автор не использовал сложных синтаксических конструкций, материалы изложены связно и последовательно. В целом работа заслуживает положительной оценки.

Фактический материал обширен, статистически грамотно обработан и проанализирован.

Выводы соответствуют полученным результатам, логически вытекают из анализа представленного материала.

Работа представляет собой завершённое научное исследование.

Руководитель практики,
доцент кафедры хирургических
болезней педиатрического и
стоматологического факультетов, к.м.н.



В.А. Голуб