

Волгоградский государственный медицинский университет
Кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического
факультетов



Научно-исследовательская работа

Особенности ухода за больными с хирургическими осложнениями сахарного
диабета.

Работу выполнила студентка 1 курса
педиатрического факультета 7 группы
Горбатикова Анастасия

Содержание

1. Понятие сахарного диабета
2. Причины и механизм развития сахарного диабета
3. Классификация сахарного диабета
4. Симптомы сахарного диабета
5. Лечение сахарного диабета
6. Эпидемиология хирургических заболеваний у больных сахарным диабетом
7. Хирургические осложнения сахарного диабета
8. Особенности хирургических патологий при сахарном диабете
9. Особенности хирургических вмешательств при сахарном диабете
10. Послеоперационный уход за больными с сахарным диабетом
11. Список литературы

Сахарный диабет – хроническое нарушение обмена веществ, в основе которого лежит дефицит образования собственного инсулина и повышение уровня глюкозы в крови. Проявляется чувством жажды, увеличением количества выделяемой мочи, повышенным аппетитом, слабостью, головокружением, медленным заживлением ран и т. д. Заболевание хроническое, часто с прогрессирующим течением. Высок риск развития инсульта, почечной недостаточности, инфаркта миокарда, гангрены конечностей, слепоты. Резкие колебания сахара в крови вызывают угрожающие для жизни состояния: гипо- и гипергликемическую комы.

Среди встречающихся нарушений обмена веществ сахарный диабет стоит на втором месте после ожирения. В мире сахарным диабетом страдает около 10% населения, однако, если учесть скрытые формы заболевания, то эта цифра может быть в 3-4 раза больше.

Участвуя в обмене углеводов, инсулин повышает поступление в клетки глюкозы, способствует синтезу и накоплению гликогена в печени, тормозит распад углеводных соединений. В процессе белкового обмена инсулин усиливает синтез нуклеиновых кислот, белка и подавляет его распад. Влияние инсулина на жировой обмен заключается в активизации поступления в жировые клетки глюкозы, энергетических процессов в клетках, синтезе жирных кислот и замедлении распада жиров. При участии инсулина усиливается процесс поступления в клетку натрия. Нарушения обменных процессов, контролируемых инсулином, могут развиваться при недостаточном его синтезе (сахарный диабет I типа) или при невосприимчивости тканей к инсулину (сахарный диабет II типа).

Причины и механизм развития сахарного диабета

Сахарный диабет I типа чаще выявляется у молодых пациентов до 30 лет. Нарушение синтеза инсулина развивается в результате поражения поджелудочной железы аутоиммунного характера и разрушения инсулинпродуцирующих β -клеток. У большинства пациентов сахарный диабет развивается после вирусной инфекции (эпидемического паротита, краснухи, вирусного гепатита) или токсического воздействия (нитрозамины, пестициды, лекарственными веществами и др.), иммунный ответ на которые вызывает гибель клеток поджелудочной железы. Сахарный диабет развивается, если поражено более 80% инсулинпродуцирующих клеток. Являясь аутоиммунным заболеванием, сахарный диабет I типа часто сочетается с другими процессами аутоиммунного генеза: тиреотоксикозом, диффузным токсическим зобом и др.

При сахарном диабете II типа развивается инсулинорезистентность тканей, т. е. нечувствительность их к инсулину. При этом содержание инсулина в крови может быть нормальным или повышенным, однако клетки к нему невосприимчивы. У большинства (85%) пациентов выявляется сахарный диабет II типа. Если пациент страдает ожирением, восприимчивость тканей к инсулину блокируется жировой тканью. Сахарному диабету II типа более подвержены пожилые пациенты, у которых с возрастом происходит снижение толерантности к глюкозе.

Возникновению сахарного диабета II типа может сопутствовать воздействие следующих факторов:

генетических – риск развития заболевания составляет 3-9%, если родственники или родители больны сахарным диабетом;

ожирения – при избыточном количестве жировой ткани (особенно абдоминальном типе ожирения) происходит заметное снижение чувствительности тканей к инсулину, способствующее развитию сахарного диабета;

нарушений питания – преимущественно углеводистое питание при недостатке клетчатки повышает риск сахарного диабета;

сердечно-сосудистых заболеваний – атеросклероза, артериальной гипертонии, ИБС, уменьшающих инсулинорезистентность тканей;

хронических стрессовых ситуаций – в состоянии стресса в организме повышается количество катехоламинов (норадреналина, адреналина), глюкокортикоидов, способствующих развитию диабета;

диабетогенного действия некоторых лекарств - глюкокортикоидных синтетических гормонов, диуретиков, некоторых гипотензивных препаратов, цитостатиков и др.

хронической недостаточности коры надпочечников.

При недостаточности или резистентности к инсулину уменьшается поступление глюкозы в клетки и повышается ее содержание в крови. В организме включается активизация альтернативных путей переработки и усвоения глюкозы, что приводит к скоплению в тканях гликозаминогликанов, сорбитола, гликированного гемоглобина. Накопление сорбитола ведет к развитию катаракты, микроангиопатий (нарушений функций капилляров и артериол), нейропатии (нарушениям в работе нервной системы); гликозаминогликаны вызывают поражение суставов. Для получения клетками недостающей энергии в организме начинаются процессы распада белка, вызывающие мышечную слабость и

дистрофию скелетных и сердечной мышц. Активизируется перекисное окисление жиров, происходит накопление токсичных продуктов обмена (кетоновых тел).

Гипергликемия в крови при сахарном диабете вызывает усиление мочеотделения для вывода лишнего сахара из организма. Вместе с глюкозой через почки теряется значительное количество жидкости, приводя к обезвоживанию (дегидратации). Вместе с потерей глюкозы уменьшаются энергетические запасы организма, поэтому при сахарном диабете у пациентов отмечается потеря веса. Повышенный уровень сахара, дегидратация и накопление кетоновых тел вследствие распада жировых клеток вызывает опасное состояние диабетического кетоацидоза. Со временем из-за высокого уровня сахара развиваются повреждения нервов, мелких кровеносных сосудов почек, глаз, сердца, мозга.

Классификация сахарного диабета

По сопряженности с другими заболеваниями эндокринология выделяет сахарный диабет симптоматический (вторичный) и истинный.

Симптоматический сахарный диабет сопутствует заболеваниям желез внутренней секреции: поджелудочной, щитовидной, надпочечников, гипофиза и служит одним из проявлений первичной патологии.

Истинный сахарный диабет может быть двух типов:

инсулинзависимый I типа (ИСЗД I типа), если собственный инсулин не вырабатывается в организме или вырабатывается в недостаточном количестве;

инсулиннезависимый II типа (ИНЗСД II типа), если отмечается нечувствительность тканей к инсулину при его достатке и избытке в крови.

Отдельно выделяют сахарный диабет беременных.

Различают три степени тяжести сахарного диабета: легкую (I), среднюю (II) и тяжелую (III) и три состояния компенсации нарушений углеводного обмена: компенсированное, субкомпенсированное и декомпенсированное.

Симптомы сахарного диабета

Развитие сахарного диабета I типа происходит стремительно, II типа - напротив постепенно. Часто отмечается скрытое, бессимптомное течение сахарного диабета, и его выявление происходит случайно при исследовании глазного дна или лабораторном определении сахара в крови и моче.

Клинически сахарный диабет I и II типов проявляют себя по-разному, однако общими для них являются следующие признаки:

жажда и сухость во рту, сопровождающиеся полидипсией (повышенным употреблением жидкости) до 8-10 л в сутки;

полиурия (обильное и учащенное мочеиспускание);

полифагия (повышенный аппетит);

сухость кожи и слизистых, сопровождающиеся зудом (в т. ч. промежности), гнойничковые инфекции кожи;

нарушение сна, слабость, снижение работоспособности;

судороги в икроножных мышцах;

нарушения зрения.

Проявления сахарного диабета I типа характеризуются сильной жаждой, частым мочеиспусканием, тошнотой, слабостью, рвотой, повышенной утомляемостью, постоянным чувством голода, потерей веса (при нормальном или повышенном питании), раздражительностью. Признаком диабета у детей служит появление ночного недержания мочи, особенно, если ранее ребенок не мочился в постель. При сахарном диабете I типа чаще развиваются гипергликемические (с критически высоким уровнем сахара в крови) и гипогликемические (с критически низким содержанием сахара в крови) состояния, требующие проведения экстренных мероприятий.

При сахарном диабете II типа преобладают кожный зуд, жажда, нарушение зрения, выраженные сонливость и утомляемость, инфекции кожи, медленные процессы заживления ран, парестезия и онемение ног. У пациентов с сахарным диабетом II типа часто наблюдается ожирение.

Течение сахарного диабета нередко сопровождается выпадением волос на нижних конечностях и усилением их роста на лице, появлением ксантом (мелких желтоватых наростов на теле), баланопоститом у мужчин и вульвовагинитом у женщин. По мере прогрессирования сахарного диабета нарушение всех видов обмена приводит к снижению иммунитета и сопротивляемости инфекциям. Длительное течение диабета вызывает поражение костной системы, проявляющееся остеопорозом (разрежением костной ткани). Появляются боли в пояснице, костях, суставах, вывихи и подвывихи позвонков и суставов, переломы и деформация костей, приводящие к инвалидности.

Осложнения сахарного диабета

Течение сахарного диабета может осложняться развитием полиорганных нарушений:

диабетической ангиопатии – усилением проницаемости сосудов, их ломкостью, тромбозами, атеросклерозированием, приводящим к развитию коронарной болезни сердца, перемежающейся хромоты, диабетической энцефалопатии;

диабетической полиневропатии – поражением периферических нервов у 75% пациентов, в результате чего происходит нарушение чувствительности, отек и зябкость конечностей, чувство жжения и «ползания» мурашек. Диабетическая нейропатия развивается спустя годы после заболевания сахарным диабетом, чаще встречается при инсулинонезависимом типе;

диабетической ретинопатии – разрушением сетчатки, артерий, вен и капилляров глаза, снижением зрения, чреватых отслойкой сетчатки и полной слепотой. При сахарном диабете I типа проявляется через 10-15 лет, при II типе – ранее, выявляется у 80-95% пациентов;

диабетической нефропатии – поражением почечных сосудов с нарушением функций почек и развитием почечной недостаточности. Отмечается у 40-45% пациентов с сахарным диабетом через 15-20 лет от начала заболевания;

диабетической стопы – нарушением кровообращения нижних конечностей, болями в икроножных мышцах, трофическими язвами, разрушением костей и суставов стоп.

Критическими, остро возникающими состояниями при сахарном диабете служат диабетическая (гипергликемическая) и гипогликемическая комы.

Гипергликемическое состояние и кома развиваются в результате резкого и значительного повышения уровня глюкозы в крови. Предвестниками гипергликемии служат нарастающее общее недомогание, слабость, головная боль, подавленность, потеря аппетита. Затем появляются боли в животе, шумное дыхание Куссмауля, рвота с запахом ацетона изо рта, прогрессирующая апатия и сонливость, снижение АД. Это состояние обусловлено кетоацидозом (накоплением кетоновых тел) в крови и может привести к потере сознания – диабетической коме и гибели пациента.

Противоположное критическое состояние при сахарном диабете – гипогликемическая кома развивается при резком падении в крови уровня глюкозы, чаще в связи с передозировкой инсулина. Нарастание гипогликемии внезапное, быстрое. Резко появляется ощущение голода, слабость, дрожь в конечностях, поверхностное дыхание, артериальная гипертензия, кожа пациента холодная, влажная, иногда развиваются судороги.

Предупреждение осложнений при сахарном диабете возможно при постоянном лечении и тщательном контроле уровня глюкозы в крови.

Лечение сахарного диабета

Выполнение рекомендаций диabetолога, самоконтроль и лечение при сахарном диабете проводятся пожизненно и позволяют существенно замедлить или избежать осложненных вариантов течения заболевания. Лечение любой формы сахарного диабета направлено на понижение уровня глюкозы крови, нормализацию всех видов обмена и предупреждение осложнений.

Основой лечения всех форм диабета является диетотерапия с учетом пола, возраста, массы тела, физических нагрузок пациента. Проводится обучение принципам расчета калорийности рациона с учетом содержания углеводов, жиров, белков, витаминов и микроэлементов. При инсулинозависимом сахарном диабете рекомендуется потребление углеводов в одни и те же часы для облегчения контроля и коррекции уровня глюкозы инсулином. При ИЗСД I типа ограничивается прием жирной пищи, способствующей кетоацидозу. При инсулинонезависимом сахарном диабете исключаются все виды сахаров и сокращается общая калорийность пищи.

Питание должно быть дробным (не менее 4-5 раз в день), с равномерным распределением углеводов, способствующее стабильному уровню глюкозы и поддержанию основного обмена. Рекомендуются специальные диабетические продукты на основе сахарозаменителей (аспартама, сахарина, ксилита, сорбита, фруктозы и др.). Коррекция диабетических нарушений только при помощи одной диеты применяется в легкой степени заболевания.

Выбор медикаментозного лечения сахарного диабета обусловлен типом заболевания. Пациентам с сахарным диабетом I типа показана инсулинотерапия, при II типе – диета и сахароснижающие средства (инсулин назначается при неэффективности приема таблетированных форм, развитии кетоацидоза и прекоматозного состояния, туберкулезе, хроническом пиелонефрите, печеночной и почечной недостаточности).

Эпидемиология хирургических заболеваний у больных сахарным диабетом :

- число больных СД в гнойных хирургических отделениях составляет 12-16%;
- число впервые выявленных больных СД в хирургических отделениях составляет 6-26%;
- гнойная инфекция у больных СД встречается в 20 раз чаще, чем в популяции;

- генерализация гнойного процесса с развитием сепсиса у больных СД достигает 11%;
- гнойная хирургическая инфекция при СД
 - самая частая причина комы;
 - поражение желчевыводящих путей и поджелудочной железы занимает по частоте второе место у больных СД;
 - часто встречается СД у больных с поражением щитовидной железы;
 - реже встречается СД при хирургических заболеваниях легких (кроме туберкулеза);
- повышение развития инфекционных осложнений в области операционной раны (7,1-38%)

Хирургические осложнения сахарного диабета

Основными осложнениями, возникающими у больных СД, относящимися к компетенции хирурга являются:

1. Псевдоперитонит или ложный «острый живот».
2. Острое желудочное кровотечение.
3. Острые гнойно-воспалительные заболевания кожи и подкожной клетчатки.
4. Неклостридиальная анаэробная инфекция мягких тканей.
5. Нарушение процесса регенерации ран.
6. Синдром диабетической стопы и диабетическая гангрена.
7. Синдром взаимного отягощения – сочетание хирургических заболеваний и СД.

Особенности хирургической патологии при сахарном диабете

1. Менее выражен болевой синдром. Это связано с тем, что при сахарном диабете происходит накопление сорбитола (продукта обмена 28 глюкозы) в нервной ткани, что приводит к поражению нервных стволов и развитию нейропатии.
2. Быстро развивается деструкция тканей. Это связано с поражением сосудов – ангиопатией. Происходит утолщение базальной мембраны капилляров вследствие дисфункции мезангиальных клеток, развивается нарушение проницаемости базальной мембраны и отложение фибрина в стенке капилляра, что ведет к повреждению мелких сосудов и развитию микроангиопатии. Также поражаются сосуды крупного и среднего калибра в виде атеросклероза, кальцинирующего склероза Минкеберга, диффузного фиброза интимы с развитием макроангиопатии. Указанные факторы ухудшают кровоснабжение тканей и способствуют более быстрой их деструкции.

3. Высокая склонность к тромботическим осложнениям. Существенную роль в этом процессе играют изменение реологических свойств крови. Вязкость плазмы крови при СД повышается вследствие гиперлипидемии и гипергликемии. Высокая агрегационная способность форменных элементов, гиперфибриногенемия, патологическая жесткость эритроцитов приводят к замедлению кровотока, внутрисосудистой агрегации тромбоцитов и эритроцитов, развитию сладж-синдрома и тромбоза.

4. Быстро развивается перитонит. При этом источником перитонита может быть не только патология органов брюшной полости, но и передней брюшной стенки, забрюшинной и параректальной клетчатки. Перитонит вследствие снижения иммунитета и угнетения пластических свойств тканей 29 при СД быстро приобретает распространенный характер с развитием сепсиса с полиорганной недостаточностью.

5. Быстро развиваются почечная, сердечно-сосудистая, дыхательная недостаточности, как следствие уже имеющегося поражения этих систем при СД.

6. Медленное заживление ран, частые гнойные осложнения. Причина этого в нарушении микроциркуляции и в высокой антибиотикорезистентности, имеющейся у пациентов с СД вследствие частого стационарного лечения и предшествующей антибиотикотерапии.

особенности хирургических вмешательств при сахарном диабете

1. Высокий риск анестезии и операции при возникновении нарушений обмена веществ, обезвоживания, ацидоза, угнетения иммунитета и регенерации.

2. Операционная травма, нарушение микроциркуляции, кровопотеря, гипотония и некроз усугубляют метаболические расстройства.

3. Течение послеоперационного периода без опасных для жизни осложнений возможно только при полной компенсации диабета и стабилизации гомеостаза.

Ведение послеоперационного периода

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, активизацию калликреин-кининовой системы, способствуют развитию

обезвоживания и кетоацидоза. Течение послеоперационного периода усугубляют также сопутствующие заболевания - атеросклероз, гипертоническая болезнь, хронический бронхит и др.

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

- а) регулярное введение инсулина с определенными интервалами в зависимости от уровня глюкозы в крови и моче;
- б) внутривенное введение необходимого количества растворов, в том числе и 5% раствора глюкозы (лучше всего постоянно капельно);
- в) систематический контроль за изменением показателей гомеостаза и их коррекция. 18 В день операции уровень глюкозы в крови определяют каждые 2-3 ч, а затем 3 раза в сутки в течение 3-5 сут.

Некоторые хирурги рекомендуют определять этот показатель и исследовать мочу на содержание ацетона через каждые 30-45 мин. Обязательное условие ведения больных СД типа 1 в послеоперационном периоде - назначение глюкозо-инсулино-калиевой смеси (ГКИ): 500 мл 10% раствора глюкозы + 10 ЕД инсулина короткого действия + 10 ммоль КСI (750 мг сухого вещества). Обычно ГКИ вводят в количестве 80-100 мл/ч, т.е. ежедневно больной получает 2 ЕД инсулина, 2 ммоль КСI, 10 г глюкозы. В зависимости от показателей гликемии и калиемии, полученных при мониторинге, содержание инсулина и калия во вводимом растворе меняется.

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 и гиперосмолярная 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. Обследуя больных с диабетической предкомой или комой, следует помнить о возможном развитии у них почечной блокады, при которой отсутствует глюкоза в моче при высоком уровне ее в крови. Другое тяжелое и крайне опасное осложнение послеоперационного периода - гипогликемическая кома - может развиваться при лечении больных сахарным диабетом чрезмерно большими дозами инсулина без введения глюкозы, а также при недостаточном контроле за уровнем глюкозы в крови при выведении больного из состояния гипергликемической комы.

Внезапная потеря сознания, отсутствие запаха ацетона, нормальный тонус глазных яблок, расширение зрачков, судороги и тремор, влажная кожа, потливость, нормальное или слегка пониженное артериальное давление, 20 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. 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.

Кроме изложенных общих принципов лечения больных сахарным диабетом с хирургической патологией следует остановиться еще на двух важных вопросах. Это касается методов детоксикации организма при общей гнойной инфекции и антибиотикотерапии у больных пожилого и старческого возраста, которые, как известно, составляют основной контингент лиц со II-м типом (90%) сахарного диабета. Установлено, что у больных данной группы гораздо чаще, чем у лиц с нормальным обменом веществ развивается сепсис и перитонит, который часто протекает с преобладанием анаэробного компонента. Важно отметить, что развивающийся разлитый перитонит приобретает черты самостоятельного тяжелого септического заболевания. Проявляется это полиорганными, порой необратимыми нарушениями функциональной деятельности жизненно важных органов и систем. Вместе с тем, извращенные нейроэндокринные реакции, нарушения микроциркуляции и тканевого метаболизма, расстройства водно-электролитного обмена, кислотноосновного баланса и т.п. сопровождается тяжелой паралитической кишечной непроходимостью и интоксикацией. В сложившейся ситуации главной задачей лечения является «очищение» кровяного русла и лимфосистемы от циркулирующих продуктов патологического метаболизма и жизнедеятельности бактерий, эндо- и экзотоксинов. На первом месте здесь должна стоять основная задача - ликвидация источника инфекции. В зависимости от тяжести, распространенности перитонита и интоксикационного синдрома в комплексе традиционной терапии следует применять методы интра- и экстракорпоральной детоксикации. Интракорпоральная детоксикация включает санацию брюшной полости с последующим ее дренированием, программированное промывание брюшной полости через лапаростому, декомпрессию желудочно-кишечного тракта постоянным назогастральным или назоюнональным зондами.

Особое место в лечении больных сахарным диабетом с гнойными хирургическими заболеваниями занимает антибиотикотерапия.

Исходя из реальных данных о том, что основную группу этих лиц составляют больные геронтологического возраста, прежде всего необходимо подчеркнуть, что инфекция представляет серьезную проблему у лиц старших возрастных групп. У пожилых людей заболеваемость так называемой домашней пневмонией в 2 раза выше, чем у лиц молодого и среднего возраста, а частота госпитализации при данном заболевании с возрастом увеличивается в 5 раз. Сложность лечения данной категории больных связана с трудностью диагностики инфекции (часто малосимптомное или атипичное течение заболеваний), возрастными изменениями фармакокинетики и фармакодинамики лекарственных средств, снижением умственной деятельности и расстройствами психики, социальными и экономическими проблемами. Кроме того, у пожилых больных, как правило, имеется сопутствующая патология, требующая соответствующего лечения, что увеличивает риск нежелательных лекарственных взаимодействий и усиление токсических эффектов лекарственных препаратов. Наиболее опасными являются комбинации аминогликозидов с диуретиками (снижение слуха), фторхинолонов с теофиллином (развитие судорог), карбенициллина, тетрациклинов или эритромицина с дигоксином (гликозидная интоксикация), метронидазола с оральными антикоагулянтами (кровотечения), хлорамфеникола и сульфаниламидов с пероральными гипогликемическими средствами (гипогликемия). Следует учитывать, что у пожилых больных надо избегать рутинного назначения некоторых антибактериальных препаратов из-за высокого риска развития побочных эффектов.

Наибольшие сложности в лечении людей пожилого возраста представляют внутрибольничные инфекции. Они возникают у 4-12% пациентов, находящихся в стационаре, и у пожилых прямо связаны с длительностью госпитализации. Вероятность развития внутрибольничных инфекций у них выше в 2-4 раза, а летальность в 6-8 раз выше по сравнению с более молодыми пациентами. Риск развития инфекционных осложнений значительно возрастает при таких заболеваниях, как сахарный диабет, цирроз печени, нарушение 25 мозгового кровообращения, сердечная и почечная недостаточность. Предрасполагающими факторами так же являются постельный режим, парентеральное введение лекарственных средств и инфузионных растворов, инвазивные диагностические исследования, внутрисосудистые и мочевые катетеры, нарушенный отток и недержание мочи и т. д. Наиболее частыми у престарелых людей являются инфекция почек и мочевыводящих путей, пневмония, послеоперационные хирургические инфекции.

Список литературы

1. Хирургические болезни: Учебник / Под ред. М.И. Кузина. – 3-е изд. перераб. и доп.- М: Медицина, 2002.- 784
2. Балаболкин М.И. Диабетология.- М: Медицина, 2000.-671с.
3. Кулешов Е.В. Хирургические заболевания и сахарный диабет. – Киев: Здоровья, 1990.- 184 с.: ил
4. http://www.yrh.yar.ru/amb/buklet/endo_14.htm
5. https://www.bsmu.by/downloads/kafedri/k_1xir_bol/uch3.pdf

СВОДНАЯ ТАБЛИЦА ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ:

ФИО студента Александровской Анастасии Юрьевны
2 курс 4 группа педиатрического факультета

№	Практические навыки	Кол-во
1.	Уметь приготовить растворы хлорамина разной концентрации для дезинфекции;	4
2.	Уметь провести влажную уборку помещений, текущую и заключительную дезинфекцию;	4
3.	Уметь поддерживать санитарный порядок в палате, проводить проветривание;	3
4.	Уметь обработать кровати, прикроватные тумбочки, пеленальные столы и др. дезинфицирующими растворами;	4
5.	Уметь правильно хранить белье, уборочный инвентарь и моющие средства;	4
6.	Уметь сменить нательное и постельное белье у больных в отделении;	3
7.	Помогать подать больным судно, горшок, провести их дезинфекцию;	2
8.	Уметь раздать пищу и накормить пациента;	4
9.	Уметь обработать посуду, выписать порционное требование на пищеблок;	4
10.	Уметь пользоваться функциональной кроватью;	4
11.	Уметь сменить белье у пациента;	2
12.	Уметь проводить дезинфекцию помещения;	2
13.	Уметь провести взвешивание, измерение роста, окружности головы и грудной клетки;	4
14.	Уметь оценить и отметить в истории болезни наличие и отсутствие педикулеза;	4
15.	Уметь принять больного в приемном отделении стационара, провести осмотр кожи и волос для исключения инфекционных заболеваний и педикулеза;	4
16.	Уметь обработать пациента при выявлении педикулеза;	4
17.	Уметь ознакомить пациента с правилами личной гигиены, поведения и режимом дня;	2
18.	Уметь контролировать выполнение правил личной гигиены помогать в их выполнении пациентам в тяжелом состоянии;	4
19.	Уметь транспортировать больного в профильное отделение;	2
20.	Уметь провести гигиенические и лечебные ванны;	4
21.	Уметь подсчитать частоту пульса, дыханий, измерить АД;	4
22.	Уметь оказать помощь при отравлении естественных потребностей, поставить клизму, ввести газоотводную трубку;	4
23.	Уметь обработать пролежни;	4
24.	Уметь дать кислород; отсосать мокроту; сделать компресс; применить грелку, пузырь со льдом; поставить горчичники, банки;	4
25.	Уметь обработать кожу кремом, мазью, болтушкой, присыпкой, наложить пластырь;	2
26.	Уметь произвести забор кала для лабораторных исследований;	4
27.	Уметь определить диурез, собрать мочу для общего анализа, анализа по Нечипоренко, пробы Зимницкого;	4
28.	Уметь подготовить больного к УЗИ и рентгенологическому исследованиям;	2
29.	Уметь оформлять медицинскую документацию;	4
30.	Уметь оказывать доврачебную помощь при неотложных состояниях (гипертермия, судороги, нарушения дыхания и сердечной деятельности, при кровотечениях, рвоте, диарее, болях в животе, острой задержке мочи).	2

Подпись медицинской сестры отделения:

Подпись ответственного по производственной практике:

УРОВНИ ОСВОЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ:

1 уровень – знать

2 уровень – уметь

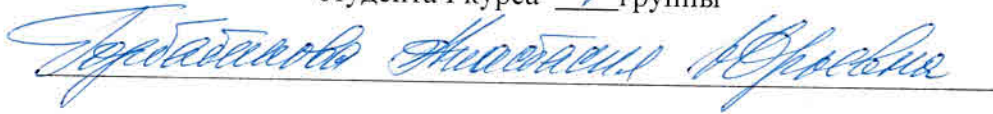
3 уровень – овладеть практическими навыками

Изучаемые вопросы	Уровни		
	1	2	3
1. общие принципы ухода за пациентами хирургического и терапевтического профиля;	+ +		
2. особенности ухода за пациентами в хирургии, урологии, травматологии, реанимации;	+ +		
3. правила ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации в отделениях, кабинетах лечебно-профилактических учреждений;	+ +		
4. клинические проявления основных симптомов и синдромов, требующих неотложного лечения;	+ +		
5. методы проведения неотложных мероприятий и показания для госпитализации больных в хирургическое, терапевтическое, гинекологическое, урологическое отделения, роддом;	+ +		
6. патогенез, клинику, диагностику, осложнения и лечение острых хирургических, терапевтических, гинекологических и урологических заболеваний, акушерство;	+ +		
7. современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики у больных хирургического и урологического профиля;	+ +		
8. технологические основы малоинвазивных хирургических вмешательств, показания к их применению.	+ +		
9. особенности оказания медицинской помощи при неотложных состояниях у хирургических и урологических больных;	+ +		
10. основы анализа научной литературы и официальных статистических обзоров.	+ +		
1. составить план ухода за пациентом;		+ +	
2. вести медицинскую документацию в медицинских организациях;		+ +	
3. соблюдать основные требования информационной безопасности;		+ +	
4. собрать полный медицинский анамнез пациента, провести опрос больного, его родственников (собрать биологическую, медицинскую, психологическую и социальную информацию);		+ +	
5. провести физикальное обследование пациента различного возраста (осмотр, пальпация, аускультация, измерение АД, определение характеристик пульса, частоты дыхания и т.п.), направить его на лабораторно-инструментальное обследование, на консультацию к специалистам;		+ +	
6. использовать полученные теоретические знания при оказании скорой и неотложной помощи хирургическим и урологическим больным;		+ +	
7. проводить с больными и их родственниками профилактические мероприятия по повышению сопротивляемости организма к неблагоприятным факторам внешней среды; пропагандировать		+ +	

здоровый образ жизни;			
8. оказывать необходимую urgentную помощь при неотложных состояниях у хирургических и урологических больных.		+ +	
9. проводить анализ научной литературы и официальных статистических обзоров, участвовать в проведении статистического анализа и публично представлять полученные результаты;		+ +	
10. Участвовать в решении отдельных научно-исследовательских и научно-прикладных задач в области здравоохранения по диагностике, лечению, медицинской реабилитации и профилактике.		+ +	
1. навыками общего ухода за пациентами;			+ +
2. навыками общения с больным и его родственниками;			+ +
3. методами ведения медицинской учетно-отчетной документации в лечебно-профилактических учреждениях;			+ +
4. алгоритмом составления плана основных лечебных и профилактических мероприятий для конкретного больного хирургического, терапевтического, урологического профиля;			+ +
5. методами диагностики острой хирургической, терапевтической, акушерской, урологической патологии на догоспитальном этапе и в стационаре, технологией постановки предварительного и развернутого клинического диагноза;			+ +
6. навыками выполнения основных врачебных диагностических и лечебных манипуляций, оказания первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.			+ +
7. навыками анализа научной литературы и официальных статистических обзоров, проведения статистического анализа и представления полученных результатов;			+ +
8. навыками участия в решении отдельных научно-исследовательских и научно-прикладных задач в области здравоохранения по диагностике, лечению, медицинской реабилитации и профилактике.			+ +

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 А 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, последовательно изложены все разделы.

Обзор литературы основан на анализе основных литературных источников, отражает актуальные 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 удовлетворительный анализ. 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 достаточен для решения поставленных задач, 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