

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Волгоградский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического
факультетов



Научно-исследовательская работа на тему:

«ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ С ХИРУРГИЧЕСКИМИ
ОСЛОЖНЕНИЯМИ САХАРНОГО ДИАБЕТА.»

Выполнил:

Обучающийся 1 курса 1 группы

По специальности 31.05.02 Педиатрия

Кузнецова Елена Александровна

2018 г

Содержание:

1. Введение.....	1
2. Цель и задачи исследования.....	3
3. Хирургические осложнения сахарного диабета.....	4
3.1 «Острый живот».....	4
3.2 Острое желудочно-кишечное кровотечение.....	5
3.3 Острые гнойно-воспалительные заболевания кожи и подкожной Клетчатки.....	5
3.4 Анаэробная неклостридиальная инфекция (АНИ) мягких тканей.....	6
3.5 Нарушение регенерации ран при сахарном диабете.....	7
3.6 Синдром диабетической стопы.....	7
4. Собственное исследование.....	9
5. Вывод.....	10
6. Список используемой литературы.....	11

Введение.

Сахарный диабет (СД) - эндокринно-обменное заболевание, в основе которого лежит абсолютный и относительный дефицит инсулина, ведущий к нарушению всех видов обмена веществ.

Сахарный диабет в России встречается все чаще и чаще. На сегодняшний день РФ входит в пятерку стран-лидеров такой неутешительной статистики.

Согласно официальной информации, количество больных сахарным диабетом в России составляет примерно одиннадцать миллионов человек. По словам экспертов, многие люди даже не подозревают о наличии у них данной патологии. Таким образом, реальные цифры могут увеличиться примерно в два раза.

Люди, которые болеют сахарным диабетом, подвергаются чрезвычайным рискам развития разных осложнений.

К числу таких негативных последствий относятся:

Проявление нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы, которые приводят к инфаркту или инсульту.

Перешагнув 60-летний рубеж, все чаще пациенты отмечают полную потерю зрения при сахарном диабете, которая возникает в результате диабетической ретинопатии.

Постоянный прием медикаментозных препаратов приводит к ухудшению функции почек. Именно поэтому, во время диабета часто проявляется терминальная почечная недостаточность в хронической форме.

Заболевание несет свое негативное влияние и на работу нервной системы. В большинстве случаев, у пациентов отмечается диабетическая нейропатия, поражаемая сосуды и артерии организма. Кроме того, нейропатия приводит к потере чувствительности нижних конечностей. Одним из самых страшных ее проявлений может стать диабетическая стопа и последующая гангрена, которая требует ампутации нижней части ног.

Если пациент, страдающий сахарным диабетом, регулярно принимает инсулин или сахароснижающие таблетки, назначенные врачом, а также придерживается рациональной диеты, то он может чувствовать себя работоспособным и относительно здоровым достаточно долгое время. Вместе с тем нарушение диеты и приема препаратов, а также стрессы и злоупотребление алкоголем могут вызвать снижение устойчивости организма к углеводам, и как следствие – возникновение декомпенсированного состояния.

Возникают сопутствующие заболевания, относящиеся к компетенции

кардиолога, окулиста, уролога, стоматолога и др. Нередки также и хирургические осложнения сахарного диабета, которые требуют особого ухода за пациентом.

Цель и задачи исследования.

Цель: изучить особенности ухода за больными с хирургическими осложнениями сахарного диабета.

Задачи:

1. Выделить виды хирургических осложнений
2. Изучить особенности ухода за пациентом по каждому из видов.
3. Сделать вывод.

Хирургические осложнения сахарного диабета можно разделить на три группы. К первой группе относятся преходящие осложнения сахарного диабета, это: псевдоперитонит, или ложный «острый живот», и острое желудочное кровотечение. Вторая группа включает острые гнойно-воспалительные заболевания кожи и подкожной основы. И, наконец, третья группа хирургических осложнений обусловлена нарушением процесса регенерации или заживления ран.

1. Псевдоперитонит или ложный «острый живот»

Псевдоперитонит может развиваться при декомпенсации СД вследствие, например, гнойно-воспалительного процесса мягких тканей, пневмонии или других заболеваний. Это осложнение СД чаще всего наблюдается у больных инсулинзависимым СД молодого и среднего возраста.

Клиника и диагностика. На фоне выраженного или латентно протекающего СД при нормальной или пониженной температуре у больного учащается пульс до 100-120 ударов в 1 минуту. Затем появляется глубокое шумное дыхание Куссмауля, возбуждение и беспокойство, головокружение, изнурительная рвота, запах ацетона изо рта. Снижается артериальное давление и тонус глазных яблок. Отмечаются вздутие и боль в животе без четкой локализации, напряжение мышц передней брюшной стенки, наиболее выраженное на высоте вдоха, «шум плеска» в брюшной полости. Характерен цианоз кожи лица, участие в акте дыхания грудных, шейных и брюшных мышц. На выдохе мышцы живота расслабляются и почти не реагируют на пальпацию. Длительное надавливание позволяет преодолеть ложное напряжение мышц брюшной стенки.

Дифференциальная диагностика псевдоперитонита и истинного перитонита может быть весьма затруднительной. При этом ошибочно поставленный диагноз перитонита, требующий проведения лапаротомии, может привести к летальному исходу больного, находящегося к моменту операции, как правило, в состоянии прекомы или комы.

Уход за пациентом:

1. Обеспечение постельного режима
2. Введение газоотводной трубки по показанию врача
3. Постановка клизмы по показанию врача
4. Аспирация желудочного содержимого
5. При рвоте повернуть голову больного набок, убрать подушку; подложить клеенку и емкость для сбора рвотных масс; придерживать голову пациента во время рвоты; приготовить стакан воды для полоскания полости рта после рвоты, салфетку для вытирания рта; успокоить пациента и создать максимальный комфорт; сменить испачканное постельное и нательное белье.

Острое желудочно-кишечное кровотечение

Геморрагический гастрит – основная причина желудочно-кишечного кровотечения у больных с СД.

Клиника и диагностика. Желудочное кровотечение возникает на фоне декомпенсации СД: полидипсии, полиурии, гипергликемии и нарастающего кетоацидоза. У больных внезапно появляются слабость, головная боль, чувство тяжести в эпигастральной области и боль без четкой локализации, икота, рвота «кофейной гущей» (гемотемезис) и дегтеобразный стул (мелена), запах ацетона изо рта, тахикардия при нормальной температуре тела. Общее состояние тяжелое. На щеках у больного характерный румянец, язык сухой и обложенный. Пульс частый, слабого наполнения. Артериальное давление пониженное или нормальное. Часто наблюдаются аритмии – желудочковая экстрасистолия, мерцание предсердий. При осмотре живота отмечается умеренное его вздутие и «шум плеска». Мышцы живота не напряжены. При ректальном осмотре обнаруживают дегтеобразный стул. При фиброгастроуденоскопии выявляются множественные эрозии желудка.

Уход за пациентом:

1. Строгий постельный режим
2. Запрещено разговаривать и курить, пить и есть.
3. На живот можно положить пузырь со льдом
4. Необходимо наблюдать за общим состоянием больного, его сознанием, цветом кожных покровов, контролировать пульс и АД каждые 30 мин.
5. По назначению врача парентерально вводят кровоостанавливающие средства.

2. Острые гнойно-воспалительные заболевания кожи и подкожной клетчатки

Больные СД склонны к гнойно-воспалительным заболеваниям кожи. С появлением гнойного очага катастрофически нарастают гипергликемия, глюкозурия, кетоацидоз, электролитные нарушения. По мере увеличения гнойника увеличивается и вероятность декомпенсации сахарного диабета в результате развития воспалительного ацидоза, инактивации инсулина накапливающимися в этом очаге микробными токсинами способствуют генерализации гнойно-некротического процесса и развитию сепсиса.

Гнойная инфекция любой этиологии приводит к тому, что латентная и легкая форма СД переходит в тяжелую, трудно поддающуюся коррекции. Клиника и диагностика. Местные изменения при возникновении абсцесса, карбункула или флегмоны характеризуются развитием обширного гнойнонекротического очага без признаков его ограничения с неярко выраженной реакцией воспаления.

Снижение сопротивляемости к инфекции и частое возникновение

гнойновоспалительных заболеваний у больных СД обусловлены нарушениями

иммунологических и пластических процессов в тканях. В основе этого лежит дефицит инсулина, оказывающего активное влияние на все метаболические процессы.

Уход за пациентом:

1. Для больных с гнойными ранами выделяется отдельная палатная секция или отдельные палаты в отдельном крыле отделения, по возможности дальше от операционного блока.
2. Обязательно определяют суточный диурез (контроль за функцией почек).
3. Используемый перевязочный материал собирают в закрытую ёмкость и затем сжигают.
4. Бельё, инструменты, халаты проходят специальную обработку отдельно.
5. Стерилизация инструментов дробная (повторная) с целью уничтожения микробов.

3. Анаэробная неклостридиальная инфекция (АНИ) мягких тканей
Нормальная аутофлора кожи, полости рта и органов пищеварения человека при расстройстве гомеостаза и снижении иммунитета превращается в условно постоянную. Особое место в развитии патологии занимает неспорообразующая или неклостридиальная анаэробная инфекция. Этому способствуют неконтролируемое применение антибиотиков, длительное назначение стероидных гормонов, СД.

Клинико-анатомически АНИ подразделяют на следующие формы:

1. целлюлит (некроз подкожной клетчатки)
2. фасциит (поражение фасций)
3. некромиозит (некроз мышц)
4. панфлегмона.

Возникновению АНИ у больных СД предшествуют хирургическая обработка ран различной локализации, подкожные или внутримышечные инъекции, операции на органах брюшной полости.

Клиника и диагностика. АНИ у больных СД протекает ареактивно с гипергликемией, глюкозурией, ацетонурией, кетоацидозом и тромбообразованием. В центре очага инфекции болезненность отсутствует. Неклостридиальный целлюлит, некромиозит или фасциит обнаруживаются только при вскрытии очага инфекции. Некроз распространяется по ходу сухожилий и сосудов.

Уход за пациентом:

1. Отдельная палата.
2. Бельё, инструменты, халаты проходят специальную обработку отдельно.
3. Все перевязки - в перчатках и фартуке.
4. Весь уборочный инвентарь автоклавируется 20 мин при 2 атм.
5. Используемый перевязочный материал собирают в закрытую ёмкость и затем сжигают.

6. Стерилизация инструментов дробная (повторная) с целью уничтожения микробов.

4. Нарушение регенерации ран при сахарном диабете

При СД вследствие инсулиновой недостаточности, снижения иммунитета, развития метаболического ацидоза и других нарушений гомеостаза замедляются регенераторные процессы. Склеивание краев происходит медленно, затруднено образование соединительнотканного рубца, что требует более длительной фиксации раны швами. Накопление раневого экссудата и его инфицирование часто приводит к нагноению послеоперационных ран.

Отмена препаратов инсулина и переход на пероральные сахаропонижающие препараты ухудшает течение процессов регенерации и увеличивает бактериальную загрязненность раны, затрудняет развитие и созревание грануляций.

Процесс регенерации ран у больных СД замедлен также вследствие нарушения периферического кровообращения. Причина этого – в микро- и макроангиопатиях, приводящих к снижению кровотока в тканях.

Осложнения со стороны послеоперационной раны протекают с невыраженным болевым синдромом и гипертермией. Гиперемия краев раны часто отсутствует. Общее состояние больного ухудшается, появляется тенденция к гипергликемии.

Лечение заключается в широком раскрытии раны, некрэктомии и дальнейшем ведении раны открытым способом.

5. Синдром диабетической стопы и диабетическая гангрена

Синдром диабетической стопы (СДС) - это комплекс анатомофункциональных

изменений, который встречается в различной форме у 30-80

% больных сахарным диабетом и характеризуется развитием поражения:

1. артериального русла – ангиопатия;
2. периферической нервной системы – нейропатия;
3. костей и суставов – остеоартропатия;
4. кожи стопы и присоединения инфекции.

Так же необходимо придерживаться особенностей ухода, связанных непосредственно с сахарным диабетом:

Основные мероприятия при сахарном диабете направлены на создание адекватного соотношения между поглощёнными углеводами, физической нагрузкой и количеством введённого инсулина (или сахароснижающими таблетками).

Диетотерапия — снижение потребления углеводов, контроль количества потребляемой углеводистой пищи. Является вспомогательным методом и эффективна только в сочетании с медикаментозным лечением.

Физические нагрузки — обеспечение адекватного режима труда и отдыха, обеспечивающего снижение массы тела до оптимальной для данного

человека, контроль энергопотребления и энергозатрат.

Заместительная инсулинотерапия — подбор базового уровня продлённых инсулинов и купирование подъёмов глюкозы крови после еды с помощью инсулинов короткого и ультракороткого действия.

Медикаментозная терапия для больных диабетом II типа включает в себя большую группу лекарственных препаратов, которые подбирает и назначает врач.

Больному сахарным диабетом необходим постоянный контроль жизненно важных показателей.

Определение сахара в крови обязательно делать при диабете I типа: раз в неделю утром. При необходимости в течение суток: перед каждым приёмом пищи и через 2 часа после еды, рано утром и на ночь.

При диабете II типа достаточно проводить измерения несколько раз в месяц в разное время суток. При плохом самочувствии — чаще.

Собственное исследование.

В хирургическом отделении Волгоградской областной клинической больницы №3 уход за больными с хирургическими осложнениями сахарного диабета осуществляется по соответствующим стандартам. Проводится инсулинотерапия с использованием препаратов с короткой, средней и длительной продолжительностью действия. Такие как «Инсулин аспарт», «Инсулин-изофан», «Инсулин аспарт двухфазный». Проводится измерение массы тела и окружности талии, также для определения сахара выполняется взятие крови из пальца и периферической вены. При синдроме диабетической стопы производится эластическая компрессия нижней конечности. Также необходимо следить за диетой пациента, в основном это стол №9.

Вывод:

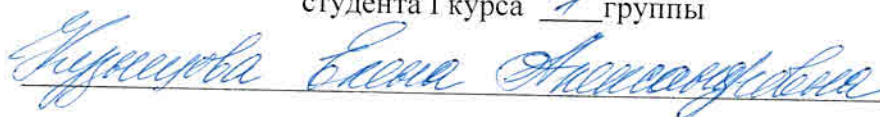
Я изучила различные виды хирургических осложнений сахарного диабета, из которых выделила шесть: «Острый живот», острое желудочно-кишечное кровотечение, острые гнойно-воспалительные заболевания кожи и подкожной клетчатки, анаэробная неклостридиальная инфекция (АНИ) мягких тканей, нарушение регенерации ран при сахарном диабете, синдром диабетической стопы. Также исследовала особенности ухода за пациентом при каждом виде осложнений.

Список используемой литературы:

1. Кукеев Т. К. Хирургическое осложнения сахарного диабета //Вестник Алматинского государственного института усовершенствования врачей. – 2014. – №. 3.
2. Волочаева М. В., Филиппова Н. В. СЕСТРИНСКИЙ УХОД В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ //Медицинская сестра. – 2010. – №. 2. – С. 6-9.
3. Дедов И. И. и др. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом //Сахарный диабет. – 2017. – №. 1S.
4. Тарасова Л. В., Трухан Д. И. «Острый живот» в практике врача-терапевта //Справочник поликлинического врача. – 2014. – №. 2. – С. 51-55.
5. Рундо А. И. Современные аспекты этиологии и патогенеза синдрома диабетической стопы //Новости хирургии. – 2015. – Т. 23. – №. 1.

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 1 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 проведенного 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