Министерство здравоохранения и социального развития РФ

Министерство здравоохранения Оренбургской области

ГАОУ СПО «Оренбургский областной медицинский колледж»

КУРСОВАЯ РАБОТА

по дисциплине Сестринская помощь при нарушение здоровья пациента педиатрического профиля

Тема: Сестринская помощь при сахарном диабете у детей I типа

Выполнила студентка группы 304

Сестринское дело специальность

Нестерова Н.С

Руководитель:

Ванчинова О.В

Оренбург 2014 г.

Содержание

Введение

Глава I .Клинические особенности сахарного диабета

.1 Риск развития сахарного диабета

.2 Клинические проявления сахарного диабета

.3 Признаки заболевания и первичные проявления

.4 Осложнения сахарного диабета

Глава II. Сестринская помощь при сахарном диабете

.1 Сестринская помощь при гипергликемической и гипогликемической коме

.2 Роль м/с в организации школ «Школа сахарного диабета»

.3 Организация лечебного питания при сахарном диабете

Заключение

Список литературы

Введение

В последние десятилетия частота сахарного диабета неуклонно увеличивается, число больных в развитых странах составляет до 5% от общей популяции, в действительности распространенность СД выше, так как не учитываются его латентные формы (еще 5% от общей популяции). Дети и подростки до 16 лет составляют 5-10% всех больных диабетом. СД проявляется в любом возрасте (существует даже врожденный диабет), но наиболее часто в периоды интенсивного роста (4-6 лет, 8-12 лет, пубертатный период). Дети грудного возраста поражаются в 0,5% случаев. СД чаще выявляется в возрасте от 4 до 10 лет, в осенне-зимний период.

В связи с этим профилактика ранней диагностики, контроля за течением сахарного диабета у детей и взрослых стала острейшей медико-социальной проблемой, которая в большинстве стран мира обозначена в числе приоритетных направлений в здравоохранении. Согласно статистическим данным, представленным Всемирной организацией здравоохранения, в настоящее время в мире насчитывается 346 миллионов человек больных диабетом. Особую настороженность вызывает рост частоты сахарного диабета среди детей. В этой связи становится все более актуальной проблема обеспечения детей и их родителей знаниями и навыками, необходимыми для его самостоятельного «ведения», кризов и изменения образа жизни, что является основой для успешного лечения заболевания. В настоящее время во многих регионах России функционируют Школы больных сахарным диабетом, которые создаются в составе лечебно-профилактических учреждений (Центров здоровья) на функциональной основе.

Предмет изучения:

Сестринская помощь при уходе за детьми с сахарным диабетом I типа

Объект исследования:

Сестринская помощь при сахарном диабете у детей I типа

Цель:

Улучшить качество сестринской помощи при уходе за детьми с сахарным диабетом.

Задачи:

Для достижения данной цели исследования необходимо изучить:

этиологию и предрасполагающие факторы сахарного диабета у детей

клиническую картину и особенности диагностики сахарного диабета у детей

принципы оказания первичной сестринской помощи при гипергликемической и гипогликемической коме

организация лечебного питания при сахарном диабете

Глава I.Клинические особенности сахарного диабета

.1 Риск развития сахарного диабета

Большой риск развития сахарного диабета имеют дети, которые родились от больных сахарным диабетом матерей. Еще выше возможность заболеть диабетом у ребенка, оба родителя которого диабетики. У детей, рожденных от больных матерей, клетки поджелудочной железы, вырабатывающие инсулин, сохранили генетическую чувствительность к воздействию определенных вирусов - краснухи, кори, герпеса, эпидемического паротита. Поэтому толчком к развитию сахарного диабета у детей являются перенесенные острые вирусные заболевания.

Таким образом, наследственная предрасположенность - это только одна сторона проблемы, предпосылка, на которую накладываются другие не менее важные факторы, приводящие эту генетическую программу в действие, вызывая развитие заболевания. Проблема заключается в том, что ребенок у женщины, страдающей любым типом диабета (даже гестационным) очень часто рождается крупным, со значительными жировыми отложениями. Ожирение - один из самых главных факторов, влияющих на развитие диабета и реализующих наследственную предрасположенность организма. Поэтому очень важно не перекармливать ребенка, тщательно следить за его рационом, исключив из него легкоусвояемые углеводы. С первых дней жизни и не менее года такой ребенок должен получать материнское молоко, а не искусственные смеси. Дело в том, что смеси содержат белок коровьего молока, который может вызвать аллергические реакции. Даже слабая аллергизация организма нарушает иммунную систему и способствует нарушению углеводного и других обменов веществ. Поэтому профилактикой сахарного диабета у детей является грудное вскармливание и диета младенца, а также тщательный контроль его веса.

К профилактическим мерам сахарного диабета относятся:

• естественное грудное вскармливание;

• диета и контроль массы тела ребенка;

• закаливание и повышение общего иммунитета, защищающего от вирусных инфекций;

• отсутствие переутомления и стрессов.

1.2 Клинические проявления сахарного диабета

Сахарный диабет - заболевание, обусловленное абсолютной или относительной недостаточностью инсулина, приводящей к нарушению обмена веществ, в первую очередь углеводного, проявляющегося хронической гипергликемией.

У детей бывает сахарный диабет только 1-го типа, то есть инсулинозависимый. Заболевание протекает так же, как у взрослых, и механизм развития болезни тот же. Но все же есть и существенные отличия, ведь организм ребенка - растущий, формирующийся и еще очень слабый. Поджелудочная железа новорожденного очень маленькая - всего 6 см, но к 10 годам она увеличивается почти вдвое, достигая размеров 10-12 см. Поджелудочная железа ребенка очень близко примыкает к другим органам, все они тесно связаны и любое нарушение одного органа ведет за собой патологию другого. Если же поджелудочная железа ребенка плохо вырабатывает инсулин, то есть имеет определенную патологию, то существует реальная опасность вовлечения в болезненный процесс желудка, печени, желчного пузыря.

Выработка поджелудочной железой инсулина - это одна из ее внутрисекреторных функций, которая окончательно формируется к пятому году жизни малыша. Именно с этого возраста и примерно до 11 лет дети особенно подвержены заболеванию сахарным диабетом. Хотя приобрести этот недуг может ребенок в любом возрасте. Сахарный диабет занимает первое место среди всех эндокринных заболеваний у детей. Однако временные изменения уровня сахара в крови ребенка еще не свидетельствуют о наличии у него сахарного диабета. Поскольку ребенок постоянно и быстро растет и развивается, вместе с ним развиваются все его органы. В результате и все обменные процессы в организме у детей протекают значительно быстрее, чем у взрослых. Углеводный обмен также ускорен, поэтому ребенку необходимо в сутки потреблять от 10 до 15 г углеводов на 1 кг веса. Вот почему все дети очень любят сладкое - это потребность их организма. Но малыши не могут, к сожалению, остановится в своих пристрастиях и употребляют сладости порой в значительно больших количествах, чем им это необходимо. Поэтому мамам нужно не лишать детей сладкого, а контролировать их умеренное потребление.

Углеводный обмен в детском организме происходит под контролем инсулина, а также ряда гормонов - глюкагона, адреналина, гормонов коры надпочечников. Сахарный диабет возникает именно из-за патологий в этих процессах. Но обмен углеводов регулирует еще и нервная система ребенка, которая еще совсем незрелая, поэтому может давать сбои и тоже влиять на уровень сахара в крови. Не только незрелость нервной системы ребенка, но и его эндокринной системы иногда приводит к тому, что у ребенка нарушается регуляция обменных процессов, в результате чего меняется уровень сахара в крови и появляются периоды гипогликемии. Но это вовсе не признак сахарного диабета. Хотя уровень сахара в крови ребенка должен быть постоянным и может колебаться лишь в незначительных пределах: от 3,3 до 6,6 ммоль/л, но даже более значительные колебания, не связанные с патологией поджелудочной железы, не опасны и с возрастом проходят. Ведь они являются результатом несовершенства нервной и эндокринной систем детского организма. Обычно таким состояниям подвержены недоношенные, слаборазвитые дети или подростки в период полового созревания и имеющие значительные физические нагрузки. Как только функции нервной и эндокринной систем стабилизируются, механизмы регуляции углеводного обмена станут более совершенными и уровень сахара в крови нормализуется. Вместе с этим пройдут приступы гипогликемии. Однако, несмотря на кажущуюся безобидность этих состояний, для малыша они очень мучительны и могут сказаться на его дальнейшем здоровье. Поэтому следить за состоянием нервной системы ребенка нужно обязательно: никаких стрессов и повышенных физических нагрузок

Сахарный диабет имеет две стадии развития, одинаковые у взрослых и детей. Первая стадия - нарушение толерантности к глюкозе, которое само по себе не является заболеванием, но говорит о серьезном риске развития сахарного диабета. Поэтому при нарушении толерантности к глюкозе ребенок должен быть тщательно обследован и взят под длительное наблюдение врачей. С помощью диеты и других методов лечебной профилактики сахарный диабет может не развиться. Самая главная задача и состоит в том, чтобы не допустить его проявления. Поэтому необходимо раз в год сдавать кровь на сахар.

Вторая стадия диабета - его развитие. Теперь этот процесс уже не остановить, но необходимо с самых первых дней держать его под контролем. С этим бывают связаны определенные трудности. Дело в том, что сахарный диабет у детей развивается очень быстро, имеет прогрессирующий характер, который связан с общим развитием и ростом ребенка. В этом состоит его отличие от взрослого диабета. Прогрессирование сахарного диабета заключается в том, что существует большая вероятность развития лабильного диабета с резкими колебаниями сахара в крови и плохо поддающегося инсулинотерапии. Кроме того, лабильный диабет провоцирует развитие кетоацидоза и приступов гипогликемии. Течение сахарного диабета осложняется еще тем, что дети часто болеют инфекционными заболеваниями, которые способствуют декомпенсации диабета. Чем младше ребенок, заболевший диабетом, тем тяжелее протекает заболевание и тем больше угроза различных осложнений.

Заболевания, ухудшающие течение сахарного диабета у детей и способствующие его декомпенсации

• Инфекционно-воспалительные заболевания.

• Диатезы.

• Эндокринные заболевания.

.3 Признаки заболевания и первичные проявления сахарного диабета

В детском возрасте клинические симптомы диабета развиваются обычно бурно, и родители нередко могут указать точную дату начала заболевания. Реже диабет развивается постепенно. Самыми характерными признаками сахарного диабета являются быстрое похудание ребенка, неукротимая жажда и обильное мочеиспускание. На это и нужно обратить внимание родителям. Ребенок теряет в весе настолько быстро, что «тает» прямо на глазах. А объективно он может похудеть на 10 кг всего за несколько недель. Не заметить это невозможно. Выделение мочи тоже превосходит всякие нормы - за сутки больше 5 литров. Ну и конечно, ребенок постоянно просит пить и никак не может напиться. Это даже ему кажется странным, а дети обычно не обращают внимания на подобные нюансы. Со всеми этими признаками нужно немедленно идти к врачу, который не только даст направление на анализ крови и мочи на сахар, но и осмотрит ребенка визуально. Косвенные признаки сахарного диабета следующие: сухие кожа и слизистые оболочки, малиновый язык, низкая эластичность кожи. Лабораторные исследования, как правило, подтверждают предположение врача, основанное на классических признаках диабета. Диагноз «сахарный диабет» ставится в том случае, если содержание сахара в крови натощак превышает 5,5 ммоль/л, что является признаком гипергликемии, в моче обнаружен сахар (глюкозурия), а также благодаря содержанию в моче глюкозы сама моча обладает повышенной плотностью.

Сахарный диабет у детей может начинаться и с других признаков: общей слабости, потливости, повышенной утомляемости, головных болей и головокружений, а также постоянной тяги к сладкому. У ребенка начинают дрожать руки, он становится бледным и иногда падает в обморок. Это состояние гипогликемии - резкого понижения сахара в крови. Точный диагноз поставит врач на основе лабораторных исследований.

Еще один вариант начала детского диабета - скрытое течение заболевания. То есть инсулин уже плохо вырабатывается поджелудочной железой, сахар в крови постепенно повышается, а ребенок пока не ощущает никаких изменений. Однако проявление сахарного диабета все же можно заметить по состоянию кожи. Она покрывается мелкими гнойничками, фурункулами или грибковыми поражениями, такие же поражения появляются на слизистой оболочке рта или половых органов у девочек. Если у ребенка наблюдаются непроходящие прыщи и гнойнички, а также затянувшийся стоматит, нужно срочно исследовать кровь на сахар. При таких симптомах есть определенный риск уже начавшегося сахарного диабета, который протекает в скрытой форме.

.4 Формы осложнения сахарного диабета

Несвоевременная диагностика или неправильное лечение приводят к осложнениям, которые развиваются либо в короткие сроки, либо с годами. К первому типу относится диабетический кетоацидоз (ДКА), ко второму - поражения различных органов и систем, не всегда проявляющиеся в детском и юношеском возрасте. Самую большую опасность представляет собой первая группа осложнений. Причинами развития диабетического кетоацидоза (ДКА) служат нераспознанный сахарный диабет, грубые ошибки при лечении (отказ от введения инсулина, большие погрешности в диете), присоединение тяжелого сопутствующего заболевания. Часто у больных сахарным диабетом развиваются гипогликемические состояния. Сначала повышается уровень сахара в крови ребенка, и его необходимо контролировать с помощью тщательно подобранных доз инсулина. Если инсулина оказалось больше, чем требуется для питания клеток глюкозой, или ребенок в этот день испытал стресс или физическое перенапряжение, то уровень сахара в крови падает. Резкое снижение сахара в крови вызывает не только передозировка инсулина, но и недостаточное содержание углеводов в пище ребенка, несоблюдение режима питания, задержка с приемом пищи и, наконец, лабильное течение сахарного диабета. В результате у ребенка наступает состояние гипогликемии, которое проявляется вялостью и слабостью, головной болью и ощущением сильного голода. Это состояние может быть началом гипогликемической комы.

Гипогликемическая кома.

Уже при первых признаках гипогликемии - вялости, слабости и потливости - нужно бить тревогу и стремиться повысить сахар в крови. Если этого не сделать, может быстро развиться гипогликемическая кома: у ребенка появится дрожание конечностей, начнутся судороги, он некоторое время будет находиться в очень возбужденном состоянии, а затем наступит потеря сознания. При этом дыхание и артериальное давление остаются нормальными, температура тела тоже обычно в норме, запах ацетона изо рта отсутствует, кожа влажная, уровень сахара в крови падает ниже 3 ммоль/л.

После коррекции уровня сахара в крови здоровье ребенка восстанавливается. Однако если такие состояния повторяются, то диабет может перейти в лабильную стадию, когда подбор дозировки инсулина становится проблематичным, и ребенку грозят более серьезные осложнения.

Если диабет не удается компенсировать, то есть по каким-то причинам у ребенка не нормализуется уровень глюкозы в крови (ест много сладкого, не подобрать дозу инсулина, пропускает инъекции инсулина, отсутствует регуляция физической нагрузки и т. д.), то это чревато очень серьезными последствиями, вплоть до кетоацидоза и диабетической комы.

Кетоацидоз.

Это острое состояние, которое возникает на фоне декомпенсированного сахарного диабета у детей, то есть когда уровень сахара в крови бесконтрольно и быстро меняется.Основные его характеристики таковы. Ребенок выглядит очень слабым и вялым, у него пропадает аппетит и появляется раздражительность. К этому присоединяются двоение в глазах, боли в области сердца, в пояснице, в животе, тошнота и рвота, которая не приносит облегчения. Ребенок страдает бессонницей, жалуется на плохую память. Изо рта чувствуется запах ацетона. Это клиническая картина кетоацидоза, который может перерасти в еще более грозное осложнение, если не принять срочных лечебных мер. Это осложнение называется кетоацидотическая кома.

Кетоацидотическая кома.

Это осложнение развивается после кетоацидоза в течение нескольких дней - обычно от одного до трех. Признаки осложнения в этот период изменяются и ухудшаются. Под комой понимают полную утрату сознания и отсутствие нормальных рефлексов.

Признаки кетоацидотической комы.

• Начинается кома с общей слабости, повышенной утомляемости, частого мочеиспускания.

• Затем присоединяются боли в животе, тошнота, многократная рвота.

• Затормаживается сознание, а потом полностью утрачивается.

• Изо рта чувствуется сильный запах ацетона.

• Дыхание становится неравномерным, а пульс - частым и слабым.

• Артериальное давление сильно падает.

• Затем частота мочеиспусканий сокращается, и они вообще прекращаются. Развивается анурия.

Если кому не остановить, начинается поражение печени и почек.Эти клинические проявления подтверждает лабораторная диагностика. В состоянии кетоацидотической комы лабораторные исследования показывают следующие результаты:

• высокий уровень сахара в крови (более 20 ммоль/л); ^ наличие сахара в моче;

• снижение кислотности крови до 7,1 и ниже, которое называется ацидозом (это очень опасное состояние, так как уровень кислотности 6,8 считается смертельным);

• наличие ацетона в моче;

• повышение кетоновых тел в крови;

• из-за поражения печени и почек в крови увеличивается количество гемоглобина, лейкоцитов и эритроцитов;

• в моче появляется белок.

К причинам кетоацидотической комы относятся длительно текущий и плохо поддающийся лечению сахарный диабет, стрессовые ситуации, тяжелые физические нагрузки, гормональная перестройка в организме подростков, грубые длительные нарушения углеводной диеты, острые инфекционные заболевания.Этот вид диабетической комы очень опасен, поскольку поражает все органы и системы так, что заболевания могут стать необратимыми. Нельзя запускать осложнение, его необходимо купировать в самом начале. Для этого нужны лечебные воздействия, о которых пойдет речь в главе «Лечение диабета и его осложнений», а также диета и режим.

Гиперосмолярная кома.

Это еще один вид диабетической комы, которая может наступить у ребенка при запущенном, длительно текущем или не поддающемся лечению заболевании. Вернее сказать, при диабете, которым плохо занимались родители, ведь ребенок еще не может серьезно относиться к своему недугу, тщательно контролировать диету, физические нагрузки и введение инсулина. Всем этим должна заниматься мама, которой необходимо понимать, что пропущенные или не вовремя сделанные инъекции инсулина - это уже первый шаг к развитию декомпенсации диабета и, как следствие, к его осложнениям.

Гиперосмолярная кома развивается медленнее, чем ДКА, и проявляется сильным обезвоживанием организма ребенка. Кроме того, поражается нервная система ребенка. Лабораторные анализы показывают очень высокий уровень сахара в крови (более 50 ммоль/л) и повышенное содержание гемоглобина и гематокрита, которые делают кровь слишком загущенной.

Диагноз гиперосмолярной комы ставится после того, как лабораторные исследования подтвердят еще один очень важный и характерный показатель повышение осмолярности плазмы крови, то есть очень высокое содержание ионов натрия и азотистых веществ.

Признаки гиперосмолярной комы у ребенка

• Слабость, утомляемость.

• Сильная жажда.

• Судороги и другие нарушения нервной системы.

• Постепенная потеря сознания.

• Дыхание частое и поверхностное, изо рта чувствуется запах ацетона.

• Повышение температуры тела.

• Повышенное вначале количество выделяемой мочи, затем уменьшается.

• Сухие кожа и слизистые оболочки.

Хоть гиперосмолярная кома встречается у детей гораздо реже других осложнений, она представляет серьезную опасность по причине сильного обезвоживания организма и нарушений нервной системы. Кроме того, быстрое развитие этой разновидности комы не позволяет медлить с медицинской помощью. Врача нужно вызвать сразу, а самим родителям оказать неотложную помощь ребенку.

Однако банальная истина говорит о том, что лучше не допускать таких осложнений и внимательно следить за состоянием ребенка, который болеет сахарным диабетом

Молочно-кислая кома

Эта разновидность комы развивается достаточно быстро, в течение нескольких часов, но имеет другие характерные признаки - боли в мышцах и пояснице, одышку и тяжесть в сердце. Иногда к ним присоединяется тошнота и рвота, которая не приносит облегчения. При частом пульсе и неравномерном дыхании артериальное давление понижено. Кома начинается с необъяснимого возбуждения ребенка - он задыхается, нервничает, но вскоре наступает сонливость, которая может перейти в потерю сознания. При этом все привычные для сахарного диабета анализы в норме - уровень сахара нормальный или чуть повышен, в моче нет ни сахара, ни ацетона. Да и количество выделяемой мочи тоже находится в пределах нормы.

Молочно-кислую кому определяют по другим лабораторным признакам: в крови обнаруживают повышенное содержание ионов кальция, молочной и виноградной кислот.

Поэтому рекомендуется не затягивать с диагностикой, а при появлении первых признаков (помните: кома развивается стремительно) немедленно вызывать «скорую» и оказывать первую помощь (об этом в следующей главе).

сахарный диабет дети кома

Глава II.Сестринская помощь при сахарном диабете

.1 Сестринская помощь при гипогликемической и гипергликемической коме

Неотложная помощь при гипогликемической коме.

Зависит от тяжести состояния: если больной в сознании, необходимо дать пищу богатую углеводами (сладкий чай, белый хлеб, компот).Если больной без сознания -внутревенное струйное введение 20-50 мл 20-40 % раствора глюкозы.При отсутствии сознания в течение 10-15 минут-внутревенное капельное введение 5-10% раствора глюкозы до тех пор ,пока боьной не придет в сознание.

Неотложная помощь при гипергликемической коме

Немедленная госпитализация. Согреть больного. Промыть желудок 5%

раствором гидрокарбоната натрия или изотоническим раствором хлорида натрия(часть раствора оставляется в желудке).Очистительная клизма с теплым 4 % раствором натрия гидрокарбоната. Оксигенотерапия. Внутривенное капельное введение изотонического раствора натрия хлорида из расчета20мл/кг массы тела (в капельницу добавляют кокарбоксилазу, аскорбиновую кислоту, гепарин).Введение инсулина в дозе 0,1 ЕД/кг/ч в 150-300 мл изтонического раствора натрия хлорида (в первые 6 часов вводят 50% всего количества жидкости)

.2 Роль м/с в организации школ «Школа сахарного диабета»

Цель и задачи школы - это обучение больных сахарным диабетом методам самоконтроля, адаптации проводимого лечения к конкретным условиям жизни, профилактике острых и хронических осложнений заболевания.

Что касается детей, то обучение в «Школе сахарного диабета» необходимо адаптировать к возрасту и степени полового созревания пациента. На этом принципе основывается формирование возрастных групп обучаемых.

) В первую группу включают родителей новорожденных и детей первых лет жизни, больных сахарным диабетом. Маленькие пациенты полностью зависят от родителей и медицинского персонала (прием пищи, инъекции, мониторинг), поэтому нуждаются в формировании близких отношений с обеспечивающим медицинскую помощь работником. Немаловажно создание психологического контакта с матерью больного ребенка, поскольку на фоне нарастающего стресса у нее снижается связь с ребенком и отмечается депрессия. Проблемами, которые необходимо решать обучающей «бригаде» медицинских работников в данном случае, являются: колебание настроения у больного диабетом новорожденного ребенка; сопряженность инъекций и контроля уровня глюкозы в крови с болевыми ощущениями, которые возникают вследствие медицинских манипуляций и ассоциируются у ребенка с белым халатом врача. Эти препятствия обуславливают необходимость установления доверительных отношений с семьей больного ребенка и обучения мониторингу за течением диабета, поскольку гипогликемия у новорожденных встречается часто и может приводить к тяжелым осложнениям.

) Во многих странах мира широко обсуждалась целесообразность обучения дошкольников с сахарным диабетом и то, зависят ли конечные исходы сахарного диабета от обучения в этой возрастной группе. Однако родители сообщают о необходимости, значимости обучения и поддержки.

) К третьей группе обучения относятся дети школьного возраста. Занятия для этих пациентов включают темы:

ь помощь и регулирование перехода к образу жизни школьника, развитие самоуважения (чувства собственного достоинства) и отношений со сверстниками;

ь обучение навыкам проведения инъекций и мониторингу гликемии;

ь распознавание и понимание симптомов гипогликемии;

ь улучшение понимания самостоятельного «ведения»» заболевания;

ь адаптация сахарного диабета к школьному обучению, приему пищи в школе, физической активности и занятиям спортом;

ь включение мониторинга уровня глюкозы в крови и инъекций в школьный режим;

ь советы родителям по постепенному развитию независимости ребенка с передачей соответствующей ответственности.

У детей школьного возраста существует неудовлетворенность в связи с тем, что врачи разговаривают с родителями, а не с ними. Образовательные программы, сфокусированные на возрасте пациента, эффективны у детей и их семей.

В третью, школьную, группу можно включить и больных детей подросткового возраста. Подростковый период - переходная фаза развития между детством и взрослой жизнью и имеет ряд биологических и психологических особенностей, которые обуславливают некоторые проблемы в ведении сахарного диабета у таких больных. Ухудшение контроля за течением сахарного диабета в этой возрастной группе часто связано с нерегулярным питанием, недостаточной физической активностью, нечеткими выполнениями назначений врача, эндокринными изменениями, связанными с пубертатным периодом и другими факторами. Особенности направлений работы в «Школе сахарного диабета» для подростков включают в себя:

ь развитие доверительных отношений между подростком, группой обучающихся и «бригадой» специалистов;

ь помощь подростку в определении приоритетов и постановке небольших достигаемых целей, особенно если есть противоречия между социальными потребностями подростка и ограничениями, связанными с наличием сахарного диабета;

ь обеспечение понимания физиологических изменений пубертатного периода, их влияния на дозы инсулина, решение возникающих проблем с контроля массы тела, регулирование диеты;

ь объяснение важности скрининга ранних симптомов осложнений сахарного диабета и улучшения метаболического контроля;

ь доверительные беседы в подростком о процессе полового созревания, укрепление в нем чувства уверенности в себе, но при этом сохранения доверия и поддержки со стороны родителей;

ь помощь подростку и родителям в формировании отношений с новым уровнем вовлечения родителей в задачи лечения сахарного диабета.

Сестринская помощь при сахарном диабете:

|  |  |
| --- | --- |
| План действий | Обоснование |
| 1.Информировать пациента и его родственников о том, что «сахарный диабет-это не болезнь, а образ жизни» | ь Обеспечивается право пациента на информацию ь Ребенок и его родственники понимают целесообразность выполнения всех мероприятий ухода |
| 2.Организовать питание ребенка с ограничением легкоусвояемых углеводов (мед, варенье, сахар, кондитерские изделия, виноград, инжир, бананы и тому подобное) | ь Легкоусвояемые углеводы дают «залповое» увеличение глюкозы в крови |
| 3.Организовать прием пищи 6 раз в сутки(3 основных приема и 3 «перекуса») | ь Достигаются стабильные показатели глюкозы в крови |
| 4.Обучить пациента или его родственников правилам и технике введения инсулина ,следить за регулярным приемом противодиабетических препаратов и инсулина | ь Профилактика развития кетоацидотической (гипергликемической )комы |
| 5.Строго следить за приемом пищи после введения препаратов инсулина | ь Профилактика развития инсулиновой (гипогликемической) комы |
| 6.Дозировать физические и эмоциональную нагрузку больного ребенка. | ь Профилактика развития коматозных состояний |
| 7.Строго следить за гигиеной кожи и слизистых оболочек | ь Гнойничковые кожные заболевания являются косвенными признаками сахарного диабета |
| 8.Оберегать ребенка от присоединения сопутствующих инфекций, простудных заболеваний | ь При сахарном диабете снижен иммунитет- ЧБД (часто болеющие дети) |

.3 Организация лечебного питания при сахарном диабете

Лечение должно быть комплексным и включать диетотерапию, инсулинотерапию, дозированную физическую нагрузку.

Диетотерапия. Обязательна при всех клинических формах сахарного диабете. Основные ее принципы: индивидуальный подбор суточной калорийности: сбалансированная и физиологическая по содержанию белков, углеводов, минералов, жиров, витаминов диета(стол №9);дробное шестиразовое питание с равномерным распределением калорий и углеводов(завтрак-25%,второй завтрак-10%,обед-25%,полдник-10%,ужин-25%,второй ужин-15% суточной калорийности).Из пищевого рациона исключают легкоусвоямые углеводы. Рекомендуется их замена на углеводы, содержащие большое количество клетчатки(она замедляет всасывание глюкозы).Сахар заменяют сорбитом или ксилитом. Умеренное ограничение жиров животного происхождения.

Медикаментозное лечение. Основным в лечение сахарного диабета является применение препаратов инсулина. Доза зависит от тяжести заболевания и потери глюкозы с мочой в течение суток. На каждые 5 грамм глюкозы, выведенной с мочой, назначают 1 ЕД нсулина. Препарат вводят подкожно, внутримышечно и внутривенно. Различают инсулины короткого действия(пик действия через 2-4 часа с момента введения, длительность фармакологического действия 6-8 часов)-акрапид, инсулрап, хумулин Р, хоморап; средней продолжительности действия(пик через 5-10 часов, действие 12-18часов)-Б-инсулин, ленте, лонг, инсулонг, монотардНМ, хомофан; длительного действия(пик через 10-18 часов, действие20-30 часов)-ультралонг, ультраленте, ультратард НМ.

При стабильном течении заболевания используют комбинации препаратов инсулина короткого и пролонгированного действия.

Кроме этого назначают сульфаниламидные препараты(I и II генерации) -диабинез, букарбан (оранил), диабетон,и также используют бигуаниды-фенформин, дибитон, адебит, силубин, глюкофаг, диформин, метаформин.

Заключение

В настоящее время сахарный диабет относится к числу ведущих медико-социальных проблем. Это связано, прежде всего, с его большой распространенностью, сохраняющейся тенденцией к дальнейшему увеличению числа больных и тем ущербом, который наносит сахарный диабет, развившийся в детском возрасте, обществу. Анализ обширного клинического материала, изучение динамики обращаемости убеждают нас в том, что помимо роста заболеваемости, происходит изменение возрастной структуры, «омоложение» сахарного диабета. Если несколько лет назад сахарный диабет у детей первых лет жизни был казуистикой, в настоящее время он не является редкостью. Традиционно принято считать, что у детей преобладают инсулинзависимые формы заболевания. Распространенность инсулиннезависимого диабета в детской популяции пока неясна и требует изучения.

Важнейшим достижением диабетологии за последние тридцать лет стало повышение роли медсестер и организация их специализации по диабетологии; такие медсестры обеспечивают высококачественный уход за больными сахарным диабетом; организуют взаимодействие больниц, врачей общей практики и амбулаторно наблюдаемых больных; проводят большое количество исследований и обучение больных. Прогресс клинической медицины во второй половине XX века позволил значительно лучше понять причины развития сахарного диабета и его осложнений, а также существенно облегчить страдания больных, чего еще четверть века назад невозможно было даже вообразить.

Список литературы

1. Л.В.Арзамасцева, М.И.Мартынова - Социально-демографическая характеристика семей детей, больных сахарным диабетом. - Педиатрия, 2012.

. В.Г.Баранов, А.С.Стройкова - Сахарная диабет у детей. - М ., Медицина,2011

3. Диспансерное наблюдение детей в поликлинике (под ред. К.Ф.Ширяевой). Л., Медицина, 2011

.М.А.Жуковский Детская эндокринология.-М.,Медицина,2012

. Ю.А.Князев - Эпидемиология сахарного диабета у детей. - Педиатрия, 2012

. В.Л.Лисс - Сахарный диабет. В кн.: Детские болезни (под ред. А. Ф. Шабалова).- СПб, СОТИС, 2013.

. В.А.Михельсон, И.Г.Алмазова, Е.В.Неудахин - Коматозные состояния у детей. - Л., Медицина, 2011

8. Методические указания по циклу эндокринологии детского возраста (для студентов у курса ЛПМИ). - Л., 2012

9.У.Мак-Моррей.-обмен веществ у человека.-М,Мир 2006 г

10. М.Скордок, А.Ш.Стройкова Сахарный диабет. В кн.: Детские болезни (под ред. А.Ф.Тура и др.) - М., Медицина, 2011.