**Роль м/сестры в обучении пациентов, страдающих сахарным диабетом 1 типа**

**Введение**

Сахарный диабет (СД) - одна из ведущих медико-социальных проблем современной медицины. Широкая распространенность, ранняя инвалидизация пациентов, высокая смертность явились основанием для экспертов ВОЗ расценивать сахарный диабет как эпидемию особого неинфекционного заболевания, а борьбу с ним считать приоритетом национальных систем здравоохранения.

В последние годы во всех высокоразвитых странах отмечается выраженный рост заболеваемости сахарным диабетом. Финансовые затраты на лечение больных сахарным диабетом и его осложнений достигают астрономических цифр.

Сахарный диабет I типа (инсулинозависимый) является одним из наиболее распространенных эндокринных заболеваний в детском возрасте. Среди больных дети составляют 4-5%.

Почти каждая страна имеет национальную программу борьбы с диабетом. В 1996 году в соответствии с Указом Президента РФ «О мерах государственной поддержки лиц, больных сахарным диабетом» принята Федеральная программа «Сахарный диабет», включающая, в частности, организацию диабетологической службы, лекарственное обеспечение больных, профилактику диабета. В 2002 году Федеральная целевая программа «Сахарный диабет» была принята вновь.

**Актуальность**: проблема сахарного диабета предопределена значительной распространенностью заболевания, а также тем, что он является базой для развития сложных сопутствующих заболеваний и осложнений, ранней инвалидности и смертности.

**Цель**: изучить особенности сестринского ухода за пациентами с сахарным диабетом.

**Сахарный диабет I типа**

Сахарный диабет I типа (ИЗСД) - это аутоиммунное заболевание, характеризующееся абсолютным или относительным дефицитом инсулина вследствие повреждения ?-клеток поджелудочной железы. В развитии этого процесса имеют значение генетическая предрасположенность, а также факторы внешней среды.

Ведущими факторами, способствующими развитию ИЗСД у детей, являются:

* вирусные инфекции (энтеровирусы, вирус краснухи, паротита, вирус коксаки В, вирус гриппа);
* внутриутробные инфекции (цитомегаловирус);
* отсутствие или уменьшение сроков естественного вскармливания;
* различные виды стресса;
* наличие в пище токсичных агентов.

При диабете I типа (инсулинозависимом) единственным способом лечения является регулярное введение инсулина извне в сочетании со строгой диетой и режимом питания.

Диабет I типа возникает в возрасте до 25-30 лет, но может проявиться в любом возрасте: и в младенчестве, и в сорок, и в 70 лет.

Диагноз «сахарный диабет» ставят по двум основным показателям: уровню содержания сахара в крови и в моче.

В норме глюкоза задерживается при фильтрации в почках, и сахар в моче не определяется, так как почечный фильтр задерживает всю глюкозу. А при уровне сахара в крови более 8,8-9,9 ммоль/л почечный фильтр начинает пропускать сахар в мочу. Ее наличие в моче можно определить с помощью специальных тест-полосок. Минимальный уровень содержания сахара в крови, при котором он начинает обнаруживаться в моче, называется почечным порогом.

Увеличение содержания глюкозы в крови (гипергликемия) до 9-10 ммоль/л ведет к выделению ее с мочой (глюкозурия). Выделяясь с мочой, глюкоза увлекает с собой большое количество воды и минеральных солей. В результате недостатка в организме инсулина и невозможности попадания глюкозы внутрь клеток последние, находясь в состоянии энергетического голодания, в качестве источника энергии начинают использовать жиры организма. Продукты расщепления жиров - кетоновые тела, и в частности ацетон, накапливаясь в крови и в моче, приводят к развитию кетоацидоза.

Сахарный диабет - это хроническое заболевание, а чувствовать себя всю жизнь больным невозможно. Поэтому при обучении необходимо отказаться от таких слов, как «болезнь», «больной». Вместо этого нужно акцентировать, что сахарный диабет - это не заболевание, а образ жизни.

Особенность ведения больных сахарным диабетом заключается в том, что главная роль в достижении результатов лечения отводится самому пациенту. Поэтому он должен быть хорошо осведомлен обо всех аспектах собственного заболевания, чтобы корректировать схему лечения в зависимости от конкретной ситуации. Больным во многом приходится брать на себя ответственность за состояние своего здоровья, а это возможно лишь в том случае, если они соответствующим образом обучены.

На плечи родителей ложится огромная ответственность за состояние здоровья больного ребенка, поскольку от их грамотности в вопросах СД, от правильности ведения ребенка зависит не только состояние здоровья и самочувствие в настоящее время, но и весь жизненный прогноз.

В настоящее время сахарный диабет уже не является заболеванием, которое бы лишало пациентов возможности нормально жить, работать и заниматься спортом. При соблюдении диеты и правильном режиме, при современных возможностях лечения жизнь больного мало, чем отличается от жизни здоровых людей. Обучение пациентов на современном этапе развития диабетологии является необходимой составляющей и залогом успешного лечения больных сахарным диабетом наряду с медикаментозной терапией.

Современная концепция ведения больных диабетом трактует данное заболевание как определенный образ жизни. Согласно задачам, поставленным в настоящее время, наличие эффективной системы диабетологической помощи предусматривает достижение таких целей, как:

* полная или почти полная нормализация обменных процессов для устранения острых и хронических осложнений сахарного диабета;
* повышение качества жизни больного.

Решение этих задач требует больших усилий от работников первичного звена здравоохранения. Внимание к обучению как действенному средству улучшения качества сестринской помощи больным растет во всех регионах России.

**Патогенез сахарного диабета**

СД-1 манифестирует при разрушении аутоиммунным процессом 80-90 % ?-клеток. Скорость и интенсивность этого процесса может существенно варьировать. Наиболее часто при типичном течении заболевания у детей и молодых людей этот процесс протекает достаточно быстро с последующей бурной манифестацией заболевания, при которой от появления первых клинических симптомов до развития кетоацидоза (вплоть до кетоацидотической комы) может пройти всего несколько недель.

В других, значительно более редких случаях, как правило, у взрослых старше 40 лет, заболевание может протекать латентно (латентный аутоиммунный диабет взрослых - LADA), при этом в дебюте заболевания таким пациентам нередко устанавливается диагноз СД-2, и на протяжении нескольких лет компенсация СД может достигаться назначением препаратов сульфонилмочевины. Но в дальнейшем, обычно спустя 3 года, появляются признаки абсолютного дефицита инсулина (похудение, кетонурия, выраженная гипергликемия, несмотря на прием таблетированных сахароснижающих препаратов).

В основе патогенеза СД-1, как указывалось, лежит абсолютный дефицит инсулина. Невозможность поступления глюкозы в инсулинзависимые ткани (жировая и мышечная) приводит к энергетической недостаточности в результате чего интенсифицируется липолиз и протеолиз, с которыми связана потеря массы тела. Повышение уровня гликемии вызывает гиперосмолярность, что сопровождается осмотическим диурезом и выраженным обезвоживанием. В условиях дефицита инсулина и энергетической недостаточности растормаживается продукция контринсулярных гормонов (глюкагон, кортизол, гормон роста), которая, несмотря на нарастающую гликемию, обусловливает стимуляцию глюконеогенеза. Усиление липолиза в жировой ткани приводит к значительному увеличению концентрации свободных жирных кислот. При дефиците инсулина липосинтетическая способность печени оказывается подавленной, и свободные жирные кислоты начинают включаться в кетогенез. Накопление кетоновых тел приводит к развитию диабетического кетоза, а в дальнейшем - кетоацидоза. При прогрессирующем нарастании обезвоживания и ацидоза развивается коматозное состояние, которое при отсутствии инсулинотерапии и регидратации неизбежно заканчивается смертью.

**Стадии развития сахарного диабета первого типа**

1. Генетическая предрасположенность к диабету, ассоциированная с системой HLA.

2. Гипотетический пусковой момент. Повреждение ?-клеток различными диабетогенными факторами и триггирование иммунных процессов. У больных уже определяются антитела к островковым клеткам в небольшом титре, но секреция инсулина ещё не страдает.

3. Активный аутоиммунный инсулит. Титр антител высок, уменьшается количество ?-клеток, снижается секреция инсулина.

4. Снижение стимулированной глюкозой секреции инсулина. В стрессовых ситуациях у больного можно выявить преходящее нарушение толерантности к глюкозе (НТГ) и нарушение содержания глюкозы плазмы натощак (НГПН).

5. Клиническая манифестация диабета, в том числе с возможным эпизодом «медового месяца». Секреция инсулина резко снижена, так как погибло более 90% ?-клеток.

6. Полная деструкция ?-клеток, полное прекращение секреции инсулина.

**Симптомы сахарного диабета**

* высокий уровень сахара в крови;
* частое мочеиспускание;
* головокружения;
* чувство неутолимой жажды;
* потеря массы тела, не обусловленная изменением питания;
* слабость, быстрая утомляемость;
* нарушения зрения, чаще в виде «белой пелены» перед глазами;
* онемение и покалывание в конечностях;
* ощущение тяжести в ногах и судороги икроножных мышц;
* медленное заживление ран и долгое выздоровление при инфекционных заболеваниях.

**Заключение**

Правильно организованный сестринский уход играет особую роль и имеет положительный эффект при организации лечебного процесса. При изучении особенностей сестринского ухода, мы изучили различные источники информации, познакомились со структурой ДРКБ, кардиоревматологическим отделением, с опытом работы школы сахарного диабета. Провели анализ статистических данных по заболеванию сахарного диабета за последние два года. Для выявления осведомленности о своем заболевании, основных потребностей и проблем пациентов с сахарным диабетом мы провели анкетирование среди пациентов находившихся в отделении данный момент и прошедших школу диабета. Практически всех интересовали новые технологии диагностики и лечения сахарного диабета, основные принципы питания, профилактика осложнений.

- Профилактика синдрома диабетической стопы. Уход за ногами;

- Профилактика синдрома диабетической стопы. Подбор обуви;

- Физическая нагрузка при сахарном диабете и буклеты:\

- что такое сахарный диабет;

- питание при инсулинозависимом диабете).

Важные логические действия медицинской сестры приведут к улучшению самочувствия.Таким образом, поставленные цели и задачи были достигнуты.

**Литература**

1. Дедов И.И., Балаболкин М.И. Сахарный диабет: патогенез, классификация, диагностика, лечение. - М., Медицина, 2003.

2. Дедов И.И., Шестакова М.В., Максимова М.А. Федеральная целевая программа «Сахарный диабет» - методические рекомендации. - М., 2003.

3. Чуваков Г.И. Повышение эффективности обучения больных сахарным диабетом I типа самоконтролю заболевания/ вопросы качества жизни больных сахарным диабетом. - С-Пб., 2001. -121 с.

4. Педиатрия: Учебник/ Н.В. Ежова, Е.М. Русакова, Г.И. Кащеева -5-е изд. - Мн.: Выш. Шк., 2003.- 560 с., [16] л.