

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
«ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ  
ОРГАНИЗАЦИЯ «АСТРАХАНСКИЙ БАЗОВЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

# **САХАРНЫЙ ДИАБЕТ – НЕ БОЛЕЗНЬ, А ОБРАЗ ЖИЗНИ**

**СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ  
МЕЖРЕГИОНАЛЬНОЙ ЗАОЧНОЙ  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ**

**Январь 2019 год**

**Межрегиональная заочная научно-практическая конференция  
«Сахарный диабет – не болезнь, а образ жизни»**

**Под общей редакцией:** директора государственного бюджетного профессионального образовательного учреждения города Астрахани «Астраханский базовый медицинский колледж» Н.В. Милёхиной

**Редакционная коллегия:**

начальник методического отдела ГБУ «ПОО «АБМК»  
Краморенко Марина Викторовна;  
начальник воспитательного отдела ГБУ «ПОО «АБМК»  
Медведева Елена Вячеславовна;  
старший методист ГБУ «ПОО «АБМК»  
Шевченко Наталия Георгиевна;  
председатель ЦМК «Сестринское дело» ГБУ «ПОО «АБМК»  
Танова Светлана Георгиевна;  
преподаватель отделения «Сестринское дело» ГБУ «ПОО «АБМК»  
Афанасьева Марина Михайловна

**Межрегиональная заочная научно-практическая конференция  
«Сахарный диабет – не болезнь, а образ жизни»:**

сборник материалов./Под ред. Н.В. Милёхиной –  
Астрахань, 2019. - 208с.

В сборнике опубликованы статьи межрегиональной заочной научно-практической конференции «Сахарный диабет – не болезнь, а образ жизни».

В материалах отражены глобальные проблемы по следующим направлениям:

- Профилактика сахарного диабета
- Сердечно-сосудистые нарушения при сахарном диабете
- Сахарный диабет II типа у пациентов пожилого возраста
- Организация лечебного питания с заболеванием сахарный диабет
- Влияние стресса на развитие сахарного диабета
- Организация Школ здоровья по сахарному диабету



ГБУ «ПОО «АБМК», 2019

## САХАРНЫЙ ДИАБЕТ – ПОВОД ИЗМЕНИТЬ ОБРАЗ ЖИЗНИ

*Аббакумова Н.В.,  
ФГБ ПОУ «Ульяновский фармацевтический колледж» Минздрава России*

Заболевание «Сахарный диабет» в фармацевтическом колледже изучается на нескольких дисциплинах, как общеобразовательных, так и специальных. При этом студенты изучают причины данного заболевания, его течение и осложнения, лекарственные препараты для лечения разных стадий диабета, а также статистические данные по заболеванию и финансовым затратам на лечение.

Всемирная организация здравоохранения признала сахарный диабет неинфекционной эпидемией XXI века. Всего на планете насчитывается более 400 млн. больных сахарным диабетом. В Российской Федерации их число превышает 4 млн. человек, из которых более 340 тысяч – дети. По данным Всемирной организации здравоохранения даже в благополучных странах доля заболеваемости диабетом растёт. Сахарный диабет, кроме того, является тяжелым бременем для экономики стран: ежегодные прямые расходы на диабет приближаются к 1 триллиону долларов. На рост числа больных сахарным диабетом влияют и современные реалии жизни, а именно, питание, вредные привычки, отягчающие социально-экономические факторы.

В профилактике и течении сахарного диабета важную роль играет **образ жизни человека**. Почти в 90% случаев диабета - это сахарный диабет II типа. Второй тип диабета – это обязательно диабет с ожирением, многие больные сами довели себя до такого состояния. Почему? У пациентов со II типом инсулин вырабатывается, но клетки к нему не чувствительны. Чтобы глюкоза всё-таки попала в клетку, поджелудочной железе приходится работать с повышенной нагрузкой. На этом фоне жиры не расщепляются и ожирение прогрессирует.

В развитии сахарного диабета важны: наследственность, образ жизни, питание, вредные привычки, гиподинамия, инфекционные заболевания, стрессовые ситуации, плохая экология. Нужно, чтобы граждане сохраняли своё

здоровье путём ведения здорового образа жизни. Необходимо постоянно контролировать уровень сахара в крови. Норма глюкозы в крови для взрослого человека: 3,5–5,5 ммоль/литр. Для этого есть специальные устройства, измеряющие сахар в крови – глюкометры. Данные приборы изучаются студентами нашего колледжа в целях умения объяснить клиентам, как им пользоваться, а также возможности использовать его самому.

Большинство людей питаются неправильно и несбалансированно, в результате чего набирают вес, по сути, сами «роют ложкой могилу». Известно, что основной способ лечения сахарного диабета – диета с ограничением продуктов с высоким гликемическим индексом». Гликемический индекс – это способность продукта повышать уровень глюкозы в крови. Чем выше индекс, тем выше способность, следовательно, тем «вреднее» продукт для нас. Индекс имеет шкалу от 0 до 100. Максимальное значение у чистого сахара – 100 единиц. В интернете можно найти таблицы с индексом продуктов, которые можно использовать для составления питания.

Очень важно соблюдать баланс основных питательных веществ в пище и следить, чтобы ее калорийность соответствовала потребностям человека. Нужно научиться правильно питаться:

1. снизить калорийность блюд;
2. изъять из пищи продукты с высоким гликемическим индексом: легкоусвояемые углеводы (сахар, пиво, сладости, кондитерские изделия, жирное мясо, хлопья, каши быстрого приготовления, белый рис);
3. ограничить потребление продуктов, содержащих холестерин (сливочное масло, жирные сорта мяса, сало, яичный желток);
4. избегать сладких газированных напитков и фастфуда, так как там много быстрых углеводов;
5. увеличить продукты с низким гликемическим индексом: фрукты и овощи. Учтите, что в некоторых фруктах и овощах огромное количество глюкозы – бананы, виноград, хурма, картофель;
6. отдавать предпочтение хлебу из муки грубого помола, супам на слабом бульоне;

7. включить в рацион несладкие ягоды, бобовые, цельнозерновые крупы, нежирное мясо, рыбу, зелень, нежирные кисломолочные продукты без сахара, растительное масло;

8. питание рекомендуется дробное (5-6 раз в день в одно и то же время), небольшими порциями, чтобы не переедать. Важен полноценный обед, а ужинать не позднее, чем за два–три часа до сна;

9. можно использовать биологически активные добавки: витамины группы В, витамин D, омега-3, хром и селен, а также пребиотики (растительная клетчатка). Приём БАДов лучше обсудить с эндокринологом.

Минздравом России разработаны и размещены в открытом доступе рекомендуемые нормы питания, соблюдение которых поможет избежать возникновения и развития сахарного диабета.

Ожирению способствует сидячий образ жизни. В современном мире многие просиживают дома за компьютером, мало занимаются спортом. В целом специалисты называют это явление «всеобщей гиподинамией». Нужно изменить данную ситуацию, начав хотя бы с малого, в первую очередь заниматься утренней зарядкой. При этом вовсе не обязательно загонять себя до седьмого пота в спортзале. Оптимально заниматься йогой, плаванием, скандинавской ходьбой, ездой на велосипеде, подойдут также дыхательные практики. Второй момент: необходимо заниматься регулярно.

Принцип лечения диабета – паллиативный, т.к. вылечить диабет нельзя (за исключением диабета второго типа в начальной стадии), но возможно улучшить состояние организма и повысить качество жизни человека.

Для поддержания жизни лиц с сахарным диабетом первого типа необходимы постоянные инъекции инсулина, используют синтетический гормон инсулин, который вводят с помощью шприц-ручки или специальной помпы.

На первых этапах коррекции сахарного диабета второго типа назначаются специальная диета и адекватная физическая нагрузка. И при выполнении этих рекомендаций прогрессирование болезни значительно замедляется.

Через какое-то время могут быть назначаются сахаропонижающие таблетированные медикаменты, а в ряде случаев – и инъекции инсулина.

Для помощи больным сахарным диабетом в формировании правильного образа жизни в регионах действуют школы сахарного диабета (более 1100 в регионах России), региональные образовательные Центры.

Всемирный день борьбы против сахарного диабета отмечается 14 ноября по инициативе ВОЗ и Международной диабетической федерации с 1991 года, который с 2007 года проводится под эгидой ООН.

Сегодня люди с сахарным диабетом живут полной жизнью, если вести правильный образ жизни и правильно питаться, то при втором типе заболевания можно обходиться без лечения и осложнений удастся избежать. Так как усвоению глюкозы мешает слой жира, первое, что нужно сделать - избавиться от жира. Зафиксировано много случаев, когда снижение веса позволяло навсегда избавиться от диабета.

Всем известно, что большинство заболеваний проще предупредить, чем вылечить. Это относится и к диабету. Если вы находитесь в так называемой «группе риска», то стоит предпринять несколько шагов для того, чтобы уберечь себя от болезни. Каждый человек сам хозяин своего тела и он может, как довести его до больничной койки, так и исцелить. Если вести правильный образ жизни, правильно питаться, закаляться и достаточно времени уделять физической культуре, то можно не допустить появления факторов, провоцирующих заболевание, а в ряде случаев и саму болезнь.

Здесь хочется отметить, что неправильный образ жизни приводит здоровых людей к заболеванию сахарным диабетом, а при наличии данного заболевания – к ухудшению его течения. При этом наличие заболевания – это повод изменить образ жизни.

### **Список литературы:**

1. Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации [rosminzdrav.ru](http://rosminzdrav.ru).
2. Официальный сайт Министерства здравоохранения, семьи и социального благополучия Ульяновской области [med.ulgov.ru](http://med.ulgov.ru).

## САХАРНЫЙ ДИАБЕТ – АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОСТИ

*Алиновская Е. С., студентка; Гуськова Т. И., руководитель  
ГАПОУ СО «Балаковский медицинский колледж»*

Сахарный диабет (СД) характеризуется хроническим течением и нарушением всех видов обмена веществ: углеводного, жирового, белкового, минерального и водно-солевого, что ведет к поражению нервной системы, крупных и мелких сосудов, а также других органов и систем. [1]

Сахарный диабет является одной из актуальнейших проблем современности и признан экспертами Всемирной Организации Здравоохранения неинфекционной эпидемией, имеющей тенденцию к росту и охватывающей большинство стран мира. Согласно данным Международной федерации диабета (IDF), в настоящее время в мире зарегистрировано 415 млн. человек, которые болеют сахарным диабетом. К 2040 г. прогнозируется рост числа людей больных диабетом до 642 млн. чел.

СД 1-го типа (инсулинозависимый сахарный диабет) обусловлен деструкцией  $\beta$ -клеток поджелудочной железы, приводящей к абсолютному дефициту инсулина. Развивается в основном у детей, подростков и молодых людей, в связи с этим его еще называют диабетом с «ювенильным началом». Пациенты с диагнозом, установленным до 35 лет, составляют почти 50 %. [5]

Сахарный диабет – это образ жизни, это заболевание на всю жизнь. Важно учитывать, что качество жизни пациентов с данной патологией, в свою очередь, оказывает значительное влияние на прогноз, течение и исход заболевания. В России разработаны соответствующие программы, предусматривающие раннее выявление сахарного диабета, лечение и профилактику сосудистых осложнений, которые и являются причиной высокой летальности, наблюдаемой при этом заболевании.

Нами была проведена исследовательская работа в эндокринологическом отделении ГУЗ СО «Балаковская городская клиническая больница».

Проводился сбор информации с помощью специально разработанной анкеты. В исследование были включены 18 пациентов с сахарным диабетом 1 типа: 11 мужчин – 61% и 7 женщин – 39% (Рис.1).

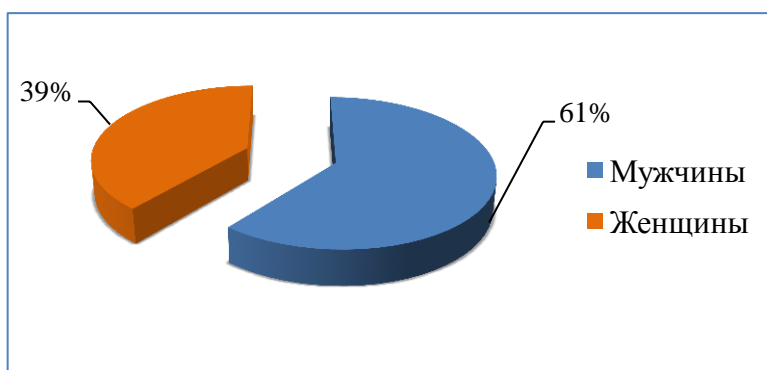


Рис.1 Распределение пациентов с СД 1 типа в зависимости от пола

Среди опрошенных пациентов у четверых диагностирован впервые выявленный СД: 2 случая у мужчин и 2 – у женщин (Рис.2).

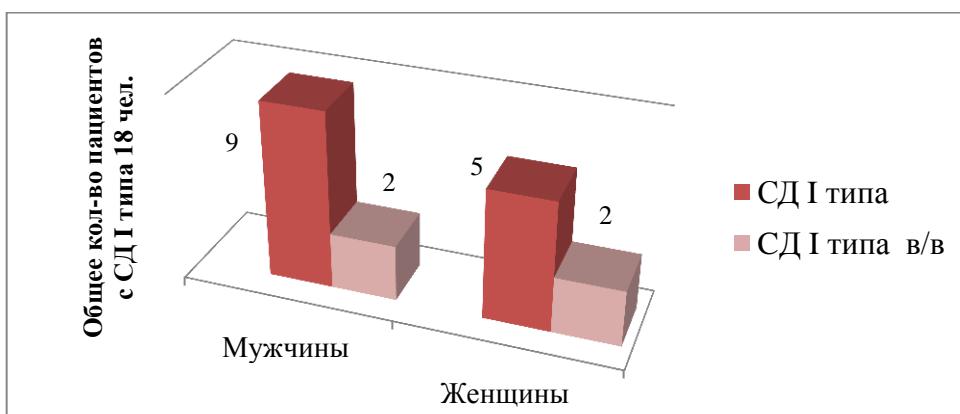


Рис.2 Распределение пациентов с впервые выявленным СД 1-го типа по полу

Таким образом, среди пациентов стационара с впервые выявленным сахарным диабетом нет четкого распределения по половому признаку.

Исследования специалистов показывают, что СД 1 типа наиболее часто диагностируется в возрасте до 35 лет, однако может начаться и в гораздо более позднем возрасте. В нашем исследовании наибольшее количество пациентов с СД 1 типа и впервые выявленным СД находятся в возрастной группе от 18 до 40 лет, что подтверждает возрастные особенности заболевания и его диагностику в молодом возрасте.



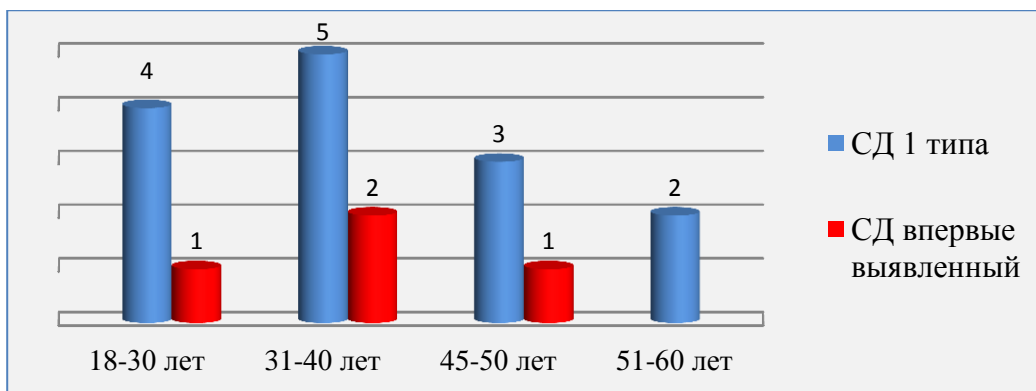


Рис.3 Возрастные группы пациентов с СД

При анализе факторов риска развития СД установлено, что респонденты не прослеживают четкой связи своего заболевания с какой-либо определенной причиной. Многие считают, что на его возникновение повлияло сочетание различных факторов и причин.

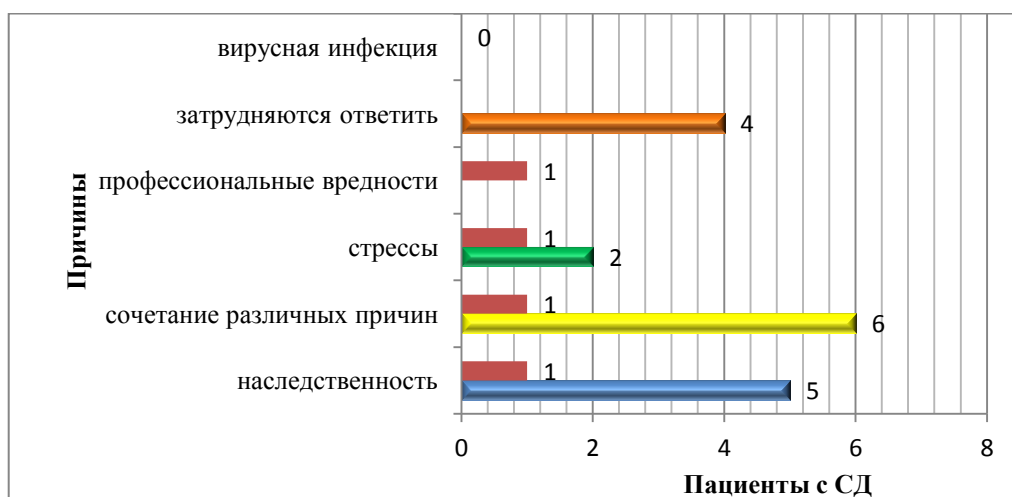


Рис.4 Причины развития СД

Неотъемлемой частью помощи больным СД является обучение. Для получения знаний о болезни и достижения максимального результата лечения организованы Школы диабета. При опросе выявлено, что 8 пациентов проходили обучение в поликлинике по месту жительства, 5 – в эндокринологическом отделении стационара, 3 не посещали занятия, 2 молодых людей занимаются самообразованием и получают все необходимую информацию из интернета.

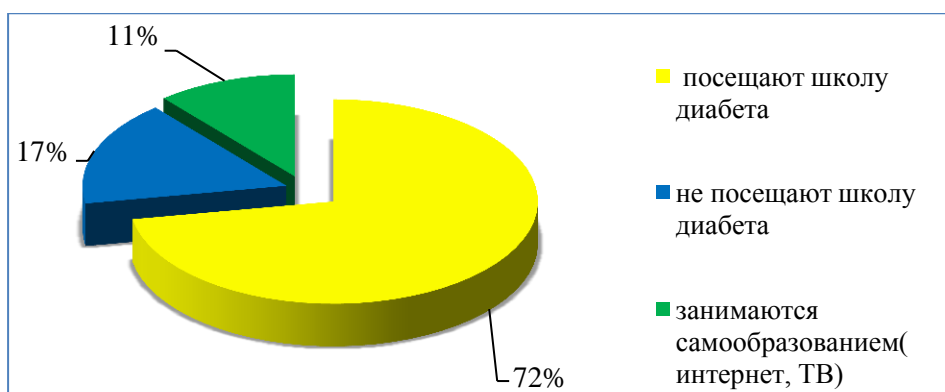


Рис. 5. Посещаемость «Школы диабета»

Таким образом, большинство пациентов понимают серьезность своего заболевания, стараясь получить от медицинских работников все необходимые знания, которые впоследствии помогут добиться стабильной компенсации СД.

Обучение в Школе диабета осуществляется по основным вопросам: симптомы сахарного диабета, принципы инсулинотерапии, правила подбора и коррекции доз инсулина, режим питания, подсчет углеводов, занятия спортом, поведение в случае возникновения гипогликемии, кетоацидоза, при интеркуррентных заболеваниях.

Пациентам с СД 1 типа, особенно в молодом возрасте, рекомендуется проводить ежедневно несколько раз в день контроль уровня гликемии. Уровень глюкозы крови необходимо поддерживать на нормальных значениях или на уровне, близком к нормальному. При каждом посещении эндокринолога следует показывать дневник самоконтроля и обсуждать возникающие проблем.

Единственный способ поддерживать нормальный уровень глюкозы в крови при сахарном диабете 1-го типа – пожизненная заместительная инсулинотерапия. Немаловажную роль играет правильное питание: в настоящее время при СД 1 типа используют либерализованную диету. Всем пациентам необходима также дозированная физическая нагрузка для улучшения кровообращения органов и тканей, уменьшения неврологических расстройств. К сожалению, на сегодняшний день нельзя ни предотвратить развитие сахарного диабета 1 типа, ни вылечить его. Но можно эффективно контролировать и жить полноценной жизнью.

### Список литературы:

1. Дедов И.И, Мельниченко Г.А, Фадеев В.Ф. Эндокринология Учебник: М: ГЭОТАР - Медиа 2013. - 432 с.: ил.
2. Клиническая эндокринология: Руководство для врачей под ред. Холодовой Е.А.-М.:ООО « Медицинское информационное агентство», 2014. 736 с.: ил.
3. Лечение пациентов терапевтического профиля : учебник / В.М. Нечаев, Л.С. Фролькис, Л.Ю. Игнатюк [и др.]. – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2017.- 864 с.: ил.
4. Сахарный диабет [Электронный ресурс] Режим доступа : <http://medside.ru>
5. Смолева Э. В. Терапия с курсом первичной медико-санитарной помощи/ Э.В. Смолева, Е.Л. Аподиакос. — Изд. 11-е, доп.— Ростов н/Д : Феникс, 2015. — 652, с. : ил. — (Среднее профессиональное образование).
6. Школа Диабета [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://shkoladiabeta.ru>

## САХАРНЫЙ ДИАБЕТ – НЕ ПРИГОВОР

*Апполонова О. С.*

*ФГБПОУ «Ульяновский фармацевтический колледж» Минздрава*

Минуло более трех тысяч лет с тех пор, когда была открыта болезнь, которую сейчас называют сахарный диабет. Такое понятие как диабет впервые появилось благодаря Деметрию из Апамеи и Малой Азии. В переводе с греческого слово «диабет» означает «истечение» и, следовательно, выражение «сахарный диабет» буквально значит «теряющий сахар». Еще до нашей эры известный врач Аретаиус писал: «Диабет-загадочная болезнь». Это высказывание актуально и сегодня, потому что причина диабета и, особенно, его поздних осложнений, остается во многом неразгаданной. К сожалению, до сих пор эти причины возникновения сахарного диабета не ясны и относительно них остаётся лишь строить гипотезы. [1]

14 ноября – Всемирный день борьбы со страшным и неизлечимым заболеванием – сахарным диабетом. Ученые и фармацевты десятилетиями пытаются разработать лекарство от этого заболевания, но безуспешно.

В России сахарный диабет и его осложнения занимает третье место среди причин смертности. Официальной статистикой, в нашей стране зарегистрировано 2,8 млн. людей с диабетом. Не выявленный вовремя и поэтому не контролируемый, диабет влечёт за собой угрозу быстрого развития тяжёлых осложнений сердечно – сосудистой системы. К тому моменту, когда человек чувствует необходимость обратиться к врачу, изменения в его организме могут приобрести необратимый характер. Из-за осложнений диабета каждый год в мире производится более 1 млн. ампутаций нижних конечностей, более 300 тыс. больных полностью теряют зрение, почти у 500 тысяч возникают серьёзные осложнения со стороны почек. [2]

Диагноз сахарный диабет звучит как приговор, как выстрел. Перенести первый шок непросто, но еще сложнее жизнь потом: ограничения, постоянные походы в поликлинику, сочувствие окружающих...

После осознания поставленного диагноза возникают резонные вопросы: Как победить диабет? Есть ли выход? И если есть, то каков наилучший метод лечения этого заболевания? Как жить с диабетом? Или это приговор!

Попробуем ответить на них.

Схемы лечения диабетов I и II типа схожи: больному, как правило, прописывают множество лекарств: для стабилизации уровня глюкозы в крови, для нормализации обмена веществ, для улучшения работы поджелудочной железы, печени, почек, сердечнососудистой системы, органов зрения и т.д. Если строго выполнять все предписания врача, диабет можно «заморозить» на десятилетия, сохраняя бодрость и работоспособность всю жизнь.

Но одних лекарств недостаточно, чтобы победить диабет.

Несколько медицинских лечебных центров убедительно показали, что большинство диабетиков II типа могут привести в норму уровень сахара в крови, часто за считанные недели, путём внесения определённых изменений в свой образ жизни, а именно: перейти на богатую клетчаткой диету с очень низким содержанием жиров плюс ежедневно заниматься физкультурой.

Решающую роль играет ограничение в пище жиров растительного и животного происхождения. Чем меньше вы их употребляете, тем меньшее их количество достигает вашего кровотока. Это даёт начало сложному процессу, который последовательно разблокирует инсулин. Теперь уже инсулин может способствовать поступлению глюкозы из крови в клетки организма. Часто эффект просто потрясающий. Диабетик II типа, ограничивающий потребление жиров до 10-15% от суточной калорийности, нередко может снизить содержание сахара в крови до нормальных величин менее чем за 8 недель. Многим, в конце концов, удаётся совсем отказаться от лекарственных препаратов, принимаемых при диабете - как таблеток, так и инъекций.

В стабилизации уровня сахара в крови важную роль играет наличие в питании достаточно большого количества натуральных, богатых клетчаткой пищевых продуктов. Если продукты употребляются в пищу в лишённом их естественного компонента – клетчатки – виде, то уровень сахара в крови может

резко повыситься. При нормальных условиях этому противодействует порция инсулина. У людей, питающихся продуктами рафинированными и богатыми калориями, но бедными клетчаткой, содержание сахара в крови может испытывать резкие перепады в течение дня. Напротив, богатые клетчаткой пищевые продукты выравнивают содержание сахара в крови и поддерживают энергию на стабильном уровне. [3]

Активные физические упражнения оказывают инсулиноподобное действие, так как помогают быстрее «сжигать топливо» (сахар в крови и жирные кислоты). Избавиться от лишнего веса – это зачастую всё, что требуется для нормализации уровня сахара в крови. Этой цели будут способствовать как содержащая низкое количество жиров, богатая клетчаткой диета, так и регулярные активные физические упражнения. Не секрет, что физические тренировки, равно как и соблюдение диеты, принесут пользу лишь в том случае, если они регулярны. А регулярность выполнения той или иной работы определяется пониманием ее необходимости и, конечно же, удовольствием, которое она доставляет. Думается, что вы давно прониклись важностью для вас лечебной гимнастики.

Поэтому остается лишь выбрать по душе вид спортивных или оздоровительных занятий, соизмерив, разумеется, свои желания и возможности. При этом обязательно должны учитываться показатели сердечной деятельности, наличие тех или иных хронических заболеваний, уровень тренированности к началу занятий и, конечно, степень компенсации диабета, наличие диабетических осложнений и специфика работы. Разобраться во всех этих премудростях вам поможет ваш врач.

Он определит вид и режим занятий, их время, продолжительность, интенсивность физической активности и план питания. При наличии у вас достаточных практических навыков по самоконтролю диабета и хорошей физической тренированности врач, возможно, позволит вам самостоятельно изменять время физической нагрузки, ее интенсивность, продолжительность, вид.

Однако, людям страдающим сахарным диабетом запрещены все виды тяжелой атлетики, все силовые виды спорта, марафонский бег, альпинизм. А вот спортивная ходьба, езда на велосипеде, теннис, волейбол, баскетбол, плавание, катание на коньках, игра в футбол, хоккей, но при этом, все же, не следует усердствовать.

Страдающие инсулинозависимым диабетом будут вынуждены принимать инсулин до конца своих дней, если только не станет реальностью возможность пересадки поджелудочной железы. Тем не менее, богатая клетчаткой диета с низким содержанием жиров может способствовать снижению количества инсулина, необходимого для поддержания стабильного уровня сахара в крови, и уменьшению всегда существующего риска сосудистых осложнений (потери зрения, гангрены конечностей и др.)

Таким образом, перемены в образе жизни, помогающие бороться со многими случаями диабета II типа, позволяют и предотвратить его, поскольку меры, необходимые для сохранения баланса между инсулином и глюкозой, идеально подходят для поддержания общего равновесия в организме. Знание индивидуальной инсулинопотребности является необходимым условием для полноценной компенсации углеводного обмена при лечении диабета с помощью интенсифицированной инсулинотерапии. Благодаря знанию индивидуальной потребности инсулина на 1 хлебную единицу, каждый может эффективно и безопасно для себя корректировать величину дозы инсулинов короткого действия в зависимости от приёма пищи. Существует также метод комбинированной инсулинотерапии, когда в одной инъекции вводится смесь инсулинов короткой и средней или длинной продолжительности действия. Данный метод применяется при лабильном течении сахарного диабета. Преимущество его заключается в том, что он позволяет сократить число инъекций инсулина до 2-3 в сутки. Недостатком является невозможность полноценно имитировать физиологическую секрецию инсулина и, как следствие, невозможность полноценной компенсации углеводного обмена.

Самоконтроль уровня гликемии является одним из основных мероприятий, позволяющих добиться эффективной длительной компенсации углеводного обмена. В связи с тем, что невозможно на нынешнем технологическом уровне полностью имитировать секреторную активность поджелудочной железы, в течение суток происходят колебания уровня глюкозы крови. На это влияет множество факторов, к основным относятся физическая и эмоциональная нагрузка, уровень потреблённых углеводов, сопутствующие заболевания и состояния.

С появлением высокотехнологичных устройств диабетика избавились от многих проблем, их жизнь стала заметно легче. Согласно наблюдениям, если определять уровень сахара в строго отведенное время, с необходимой периодичностью в течение дня, можно избежать осложнений в виде гипогликемической комы. Миллионы людей живут с этим недугом, именно живут, а не страдают. Важно понимать, что сахарный диабет – это не приговор. Сахарный диабет можно и нужно контролировать. С этим заболеванием можно жить долго и счастливо, влюбляться, заводить семью, рожать детей. Но при этом важно следить за уровнем сахара в крови и соблюдать диету. Для коррекции сахара в крови у диабетиков используют синтетический гормон инсулин, который вводят с помощью шприц-ручки или специальной помпы.

При выявлении и постановке диагноза «сахарный диабет» человек встает на диспансерный учет и регулярно наблюдается врачом-эндокринологом. Назначается специальная диета и медикаментозная коррекция. Адекватное лечение сахарного диабета поможет избежать осложнений и инвалидизации.

При диабете важно придерживаться умеренной физической нагрузки, заниматься йогой, пилатесом, дыханием по Стрельниковой, плаванием бассейне или скандинавской ходьбой.

### **Список литературы:**

[1] <https://moidiabet.ru>

[2] <https://penzagorpol.ru/diabet-eto-ne-prigovor/>

[3] <http://nikzrb.ru>



## **РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА ВТОРОГО ТИПА**

*Асмаева Д. Ф., студентка; Ветошкина Э. В., руководитель  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Башкирский государственный медицинский  
университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Медицинский колледж*

Сахарный диабет занимает третье место в структуре заболеваемости после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. Заболеваемость сахарным диабетом постоянно растет.

Сахарный диабет в настоящее время глобальная проблема 21 века, которая затронула на сегодня все мировое сообщество. Диабет непрестанно молодеет, поражая все больше людей трудоспособного возраста. К сожалению, как показывают исследования и статистические данные, это заболевание способно поражать не только пожилых людей, но и молодых.

Целью данной работы является изучение роли медицинской сестры в первичной профилактике сахарного диабета.

Для достижения цели были определены следующие задачи:

1. Выявить факторы риска сахарного диабета среди населения.
2. Изучить работу среднего медицинского персонала по первичной профилактике сахарного диабета.

Клинической особенностью сахарного диабета второго типа является длительное бессимптомное течение. Поэтому чрезвычайно важно выявлять группы риска по развитию данного заболевания, для проведения скрининговых исследований и профилактических мероприятий.

С целью выявления факторов риска развития сахарного диабета второго типа было проведено анкетирование среди пациентов терапевтического отделения. В анкетировании принимали участие 50 респондентов, среди которых 60% женщин и 40% мужчин в возрасте от 26 до 65 лет.

Среди опрошенных пациентов 70% знают о рациональном питании, но из них всего лишь 30% придерживаются основных его принципов. Большая часть

респондентов (60%) не завтракают и кратность их питания составляет 1-2 раза в день. Среди опрошенных 80% посещают кафе быстрого питания.

При исследовании наследственной предрасположенности к развитию сахарного диабета второго типа было выявлено, что у 40% респондентов ближайшие родственники не страдают сахарным диабетом и 60% имеют одного близкого страдающего сахарным диабетом.

Одним из факторов, способным спровоцировать развитие сахарного диабета, является нервный стресс. Анализируя данные анкетирования можно сказать, что большая часть пациентов подвергаются стрессовым ситуациям (60%), и только 40% из них умеют справляться со стрессом.

В ходе проведения исследовательской работы было выяснено, что основная часть пациентов не имеют регулярных физических нагрузок.

Анализируя ответы на вопрос: «Был ли у Вас во время беременности гестационный диабет или рождение детей с массой тела  $> 4,5\text{кг?}$ » были получены следующие результаты: у 15% женщин наблюдался гестационный диабет, а у 24% опрошенных пациенток были рождены дети с массой тела более 4,5 кг.

При выявлении факторов риска было выявлено, что большая часть пациентов имеют повышение артериального давления, что составило 60%. Респонденты с артериальной гипертензией чаще встречаются в возрастной категории старше 45 лет.

Одним из факторов развития сахарного диабета является дислипидемия. В ходе опроса пациенты отмечали, что у них наблюдаются изменения лабораторных данных липидного обмена, что составило 60%.

По результатам анкетирования видно, что большинство пациентов имеют классические симптомы сахарного диабета такие как, чувство жажды испытывает 30% опрошенных, полиурию – 20%, потерю массы тела – 10%, немотивированную утомляемость – 40%, нарушение зрения – 40%, судороги и боли в ногах – 10%.

Следующим этапом исследовательской работы было определение роста и массы тела пациентов, после чего был вычислен индекс массы тела по формуле:

ИМТ = вес (кг): (рост (м))<sup>2</sup>. В результате выявлено, что 50% пациентов имеют избыточную массу тела, 30% имеют ожирение, лишь у 20% респондентов нормальная масса тела.

Проанализировав результаты исследования, можно отметить, что у большей части пациентов отмечаются факторы риска развития сахарного диабета. Из них главную роль играют нерациональное питание, частые стрессовые ситуации, гиподинамия.

Поэтому были разработаны рекомендации по здоровому образу жизни, подготовлена презентация по теме «Профилактика сахарного диабета», а также проведена беседа с пациентами о факторах риска, влиянии вредных привычек, стрессовых ситуаций, рациональном питании, здоровом образе жизни, режиме дня, показана презентация и розданы памятки по профилактике сахарного диабета второго типа.

С целью изучения работы медсестер в проведении первичной профилактики сахарного диабета второго типа было проведено анкетирование среди среднего медицинского персонала. В анкетировании принимали участие 10 респондентов. Основная часть медицинских работников – это специалисты среднего и старшего возраста, имеющие опыт работы от 1 года до 30 лет.

В ходе исследования выяснилось, что 80% респондентов участвуют в выпуске санитарных бюллетеней и разработке памяток. 50% респондентов указали, что используют в качестве обучения пациентов видеофильмы, 25% – используют беседы и 25% – лекции.

На вопрос анкеты «Раздаются ли пациентам памятки по пропаганде здорового образа жизни?» единогласно 100% ответили – да.

На эффективность работы влияют много факторов, в том числе и самооценка. Средний медицинский персонал считает свою работу эффективной в 70% случаев, и 30% считают, что эффективность недостаточная, в связи с нехваткой времени на проведение профилактических мероприятий.

Основой первичной профилактики сахарного диабета второго типа является ведение здорового образа жизни. Медицинская сестра, проводя

профилактическую работу, должна пропагандировать здоровый образ жизни, а также постоянно подчеркивать необходимость сознательного отношения к своему здоровью, которое должно стать нормой поведения всех людей.

### **Выводы**

1. Большая часть пациентов имеет одни или несколько факторов риска развития сахарного диабета.

2. Основная часть медицинских работников участвует в проведении профилактики сахарного диабета, но в связи с нехваткой времени на профилактические мероприятия, они проводятся в не полном объеме.

### **Рекомендации**

1. С целью профилактики сахарного диабета среди населения необходимо проводить образовательные программы с учётом имеющихся факторов риска и их выраженности: неправильное питание, низкая физическая активность, стрессовые ситуации, ожирение, артериальная гипертензия.

2. Для более широкого охвата населения образовательной программой пациентам необходимо рекомендовать посещение школ здорового образа жизни.

3. Для повышения уровня знаний о профилактике сахарного диабета нужно создавать информационно-пропагандистскую систему: проводить беседы, выпускать санитарные бюллетени, изготавливать памятки, буклеты.

4. Побуждать население к физически активному образу жизни, занятиям физической культурой и спортом, повышать доступность этих видов оздоровления.

### Список литературы:

1. Аметов, А. С. Сахарный диабет 2 типа. Проблемы и решения: Т. 2 / А.С. Аметов.– 3-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015.– 278с.
2. Калашникова, Н. А. Роль медицинской сестры в профилактике и лечении сахарного диабета / Н. А. Калашникова, В. И. Викторова, А. В. Аверин // Сестринское дело. - 2017. - № 2. - с. 34-35.
3. Климонтов, В.В. Профилактика сахарного диабета: учеб. пособие / В. В. Климонтов, Г. С. Солдатова; Новосиб. гос. ун-т. – Новосибирск: РИЦ НГУ, 2014. – 47 с.
4. Лапик, С. В. Организация сестринских программ профилактики сахарного диабета и его осложнений: учеб. пособие / С. В. Лапик, Ю. И. Павлов, Е. М. Сагадеева; Минздравсоцразвития РФ, ФГОУ "ВУНМЦ Росздрава". - Москва: ФГОУ "ВУНМЦ Росздрава", 2008. - 224 с.
5. Сапожникова, И.Е. Особенности пищевого поведения пациентов с сахарным диабетом/ И. Е. Сапожникова, Е. И. Тарловская, Т. П. Веденская // Терапевтический архив. – 2012. – № 12. – 71 с.

## ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА

*Ахмедьянова Р. Ф., студентка, Микова А. М., руководитель  
ГБПОУ «Чайковский медицинский колледж»*

В современном обществе к числу важных проблем относятся социально-значимые заболевания. Одним из таких заболеваний является сахарный диабет. Сахарный диабет является группой эндокринных заболеваний, связанных с нарушением усвоения глюкозы и развивающихся вследствие недостаточности гормона инсулина (гормон, способствующий усвоению сахара). Он занимает 3 место в мире по количеству страдающих данным недугом людей.

История болезни «сахарный диабет» начинается со II тысячелетия до н.э. Уже в то время это заболевание люди могли распознавать, но способов его лечения не имели. Люди, страдающие сахарным диабетом, были обречены на скорую смерть. Выделяли три основных симптома: учащенное мочеиспускание, сильная жажда, резкая потеря веса.

Наличие этих признаков говорило о том, что причиной заболевания являлось нарушение работы почек или желудочно-кишечного тракта. В 30 – 90 годы н.э. заболевание получило название «диабет». Название характеризовало прохождение выпитой жидкости сквозь организм. В 131-201 годах н.э. Гален предположил невозможность возникновения диабета от болезней почек.

В XVI веке Парацельс считал, что диабет – болезнь организма в целом и предполагал его развитие большим содержанием соли в организме. В 1776 году Добсон выяснил, что моча имеет сладковатый вкус из-за того, что в ней присутствует сахар. С тех пор диабет и стал называться сахарным диабетом.

Лишь в 1869г. Ленгерганс обнаружил в поджелудочной железе инсулярную ткань, хотя ученый и не придал им серьезного значения.

В 1889 г. экспериментаторы Йозеф Меринг и Оскар Минковский, проводя опыты на собаках с целью изучения роли поджелудочной железы в механизме пищеварения, удаляли у животных этот орган и, к своему удивлению,

обнаружили, что у них в первые же дни после операции появились все симптомы давно известного у людей диабета, а именно: сильная жажда, обильное мочеиспускание и резкое падение веса, несмотря на полноценное питание. В анализе мочи собак после операции присутствовало большое количество глюкозы и ацетона (признаки развивающейся диабетической комы). Чтобы убедиться в правильности своего вывода о возможности развития диабета в результате удаления поджелудочной железы Минковский пересадил некоторым прооперированным животным поджелудочную железу, взятую от здоровых собак. Через весьма короткое время симптомы диабета начали исчезать. Тогда ученый удалил пересаженный орган, и эти симптомы вновь появились. Стало ясно, что в поджелудочной железе имеются образования, регулирующие сахар.

В 1900 г. русский ученый Л.В. Соболев убедительно продемонстрировал, что перевязка поджелудочной железы предотвращает развитие сахарного диабета. Хотя после перевязки железа атрофировалась (т.е. перестала работать), Л.В. Соболев выяснил, что в ней есть участки, которые как раз и не подверглись атрофии. Они-то и выполняют инсулярную роль, т.е. выделяют инсулин, способствуя усвоению организмом сахаристых веществ. Л.В. Соболев пришел к выводу, что эта ткань должна выделять в кровь особого рода гормон, и сделал предположение, что приготовленный из такой ткани экстракт даст эффект при лечении сахарного диабета.

В 1921 году канадские ученые Ф. Бантинг и Ч. Бест выделили из поджелудочной железы животных гормон, названный ими инсулином. Они же и опробовали на больных полученный препарат, оказавшийся эффективным.

Конец 20-х годов ознаменовал собой начало новой эры в терапии сахарного диабета. Применение инсулина в практической медицине за 60 с небольшим лет позволило сохранить и продлить жизнь миллионам людей.

Таким образом, история сахарного диабета отражает сложный путь изучения механизмов заболевания и поисков лекарства. Сахарный диабет является социально-значимым заболеванием. Для предупреждения развития

сахарного диабета необходим тщательный контроль уровня сахара в крови, соблюдение правильного питания и здорового образа жизни.

#### **Список литературы:**

1. <http://stopdiabetes.ru/diabet/istoriya-diabeta.html> (дата обращения 29.11.2018)
2. <https://diabetof.ru/diabet/istoriya-saharnogo-diabeta.html>(дата обращения 29.11.2018)
3. <https://xn--80aa4apjd3a.com/obraz-zhizni/istoriya-saharnogo-diabeta-interesnye-fakty-10316021.html> (дата обращения 29.11.2018)
4. <http://diabet.by/baza-znaniy/Poleznaja-informacija/Istorija-saharnogo-diabeta.htm>(дата обращения 29.11.2018)



## ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ КОМПЛАЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

*Багомедова Ш., студентка; Воробьева Т.Е., руководитель  
ГБУ «ПОО «Астраханский базовый медицинский колледж»»*

В настоящее время в медицине считается общепризнанным, что в совокупности факторов, определяющих эффективность процесса лечения больного, существенную роль играет фактор эффективности отношений между медицинским персоналом (врачами, фельдшерами, медсестрами) и больным. Этот процесс является довольно сложным, при анализе которого подлежит учету специфика всей социальной ситуации развития больного, его личностные и индивидуально-типологические особенности, а также личностные и индивидуально-типологические особенности медицинского работника; установление партнерских отношений между ними. Терапевтический контакт оценивается как один из важных факторов, часто определяющий успех лечения.

Осложнения сахарного диабета (СД) развиваются намного быстрее при определенных условиях: несоблюдение диеты, сидячий образ жизни, сохранение или даже повышение массы тела, неправильное (недостаточное) применение лекарственных препаратов [1, с. 7-8] Большую роль играет в данных ситуациях уровень знаний пациента о своем заболевании и уровень комплаентности. Интерес к проблеме комплаенса весьма высок, так как огромную роль в лечении практически всех заболеваний имеет следование пациентов лечению.

**Комплаентность** (от англ. patient compliance), приверженность лечению – степень соответствия между поведением пациента и рекомендациями, полученными от врача. Приверженность пациента к лечению может проявляться как в отношении приёма препаратов, так и в других лечебных назначениях.

Комплаентность определяется множеством факторов, среди которых:

1. Удобство приёма препарата. Чем меньше приёмов в сутки и меньше комбинаций приёма, тем проще пациенту будет соблюдать приём препарата.

2. Озабоченность собственным заболеванием. Если пациент не считает своё заболевание достойным внимания, реально существующим, излечимым и т.д., то и принимать лекарства по этому поводу он не будет.

3. Контакт врача (в нашем случае – фельдшера) и пациента. Если фельдшер не смог найти с пациентом общий язык, то комплаентность снижается.

4. Престиж лечения и медицины в обществе в целом и в глазах пациента в частности. Если пациент не уважает врача и медицинское сообщество, то низкий уровень доверия будет подрывать комплаентность. [3, с. 6]

Если говорить о плохой приверженности в этом аспекте, то проблемы, как правило, заключаются в отсутствии должной мотивации к лечению, что проявляется в отказе от терапии, перерывах в терапии, намеренном изменении дозы, что снижает продолжительность и качество жизни у больных. Приверженность лечению и адекватное восприятие себя и своей болезни дают человеку шанс на выздоровление, благополучие в будущем. Степень сформированной комплаентности выполняет важную функцию в процессе лечения. От того, насколько пациент будет выполнять указания и рекомендации по лечению, зависит его жизнь. [2, с.11]

Исследовательская работа была проведена в Астраханском Центре медицинской профилактики. Цель работы – определить роль фельдшера в повышении комплаентности у больных СД. Всего обследовано 30 больных в возрасте от 23 до 72 лет, из них 6 – мужчин, 24 женщины. Все пациенты – с уточненным диагнозом, болеющие от 1 года до 26 лет.

Больным предложена анкета, содержащие вопросы: пол, возраст, рост и вес для определения ИМТ, основные жалобы, а также основные вопросы для определения уровня комплаентности: соблюдение диеты, занятия ЛФК, регулярность приема сахароснижающих препаратов и инсулина и регулярность контроля уровня гликемии.

**Работа с пациентами.** Со всеми больными проведена беседа о необходимости контроля сахара крови, соблюдении диеты и физической

активности. Пациентам выданы буклеты «Диабет – не приговор», содержащие информацию о заболевании и его осложнениях, комплексы ЛФК и примерные образцы меню. Рекомендовано использование стевии.

Стевия – заменитель сахара природного происхождения, обладающий минимальной калорийностью (18 ккал) и гликемическим индексом, равным 0. Благодаря этим свойствам продукт просто незаменим для худеющих и больных СД. Растительный продукт помогает разнообразить ограниченный рацион сладкими напитками и блюдами. Трава полезна при СД из-за способности снижать уровень сахара в крови. При этом она способствует укреплению сосудов и повышению их эластичности. [4]



Еженедельно пациенты наблюдались: контролировалось их самочувствие, вес, состояние нижних конечностей, уровень глюкозы крови.

### **Данные в начале исследования**

#### **1) Соблюдение диеты:**

Соблюдают: 12 человек - 40% .

Нарушают периодически: 6 человек - 20 %

Нарушают часто: 8 человек - 26,6 %

Не соблюдают: 4 человека - 13%

#### **2) Регулярность приема ЛП**

Регулярно: 18 человек - 60%

Нарушают периодически: 8 человек - 26,6%

Нарушают часто: 4 человека - 13%

#### **3) Регулярность контроля сахара крови:**

Регулярно: 15 человек - 50 %

Не всегда: 9 - 30%

Редко: человек 4 - 13%

Не контролируют: 2 - 7%

#### 4) Пациенты, занимающиеся ЛФК

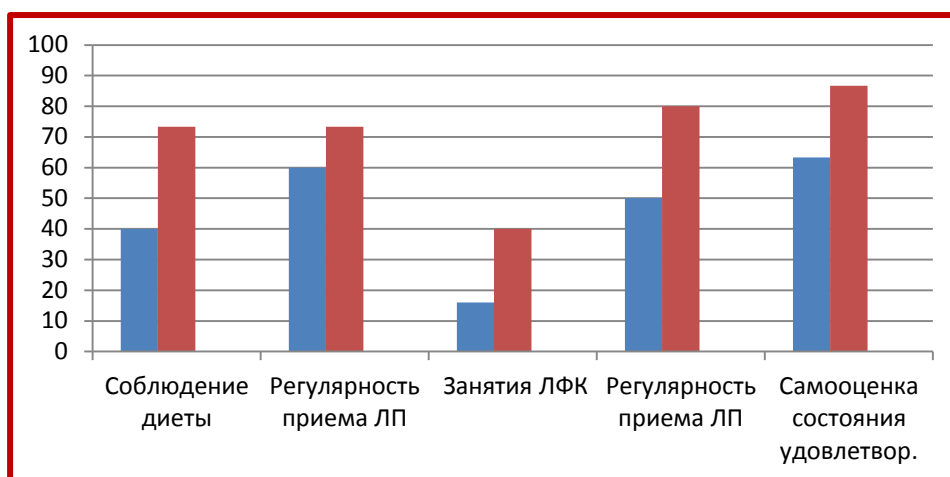
Занимаются регулярно - 5 человек - 16,7%

Занимаются нерегулярно - 5 человек - 16,7%

Не занимаются - 20 человек - 66,6%

Сравнительные данные в начале и конце исследования представлены в таблице и диаграмме:

	До начала работы с пациентами		Через 3 недели	
	Абс. кол-во	%	Абс. кол-во	%
Соблюдение диеты	12	40	22	73,3
Регулярность приема ЛП	18	60	22	73,3
Занятия ЛФК	5	16,6	12	40
Регулярность контроля глюкозы крови	15	50	24	80
Глюкоза крови	Ср. показатели: 9,8		Ср. показатели: 7,2	
Самооценка состояния	Удовлетворит. 19	63,3	Удовлетворит. 26	86,7



Таким образом, отметили значительное улучшение состояния (уменьшение жажды, исчезновение кожного зуда) 26 пациентов, что составляет 86,7 %

Снижение массы тела отмечено у 8 пациентов - 26,6 %

Снижение уровня гликемии – 100%, из них значительное - 60%.

#### Практические выводы и рекомендации

Общий уровень комплаентности пациентов с СД средний, проявляющийся в склонности недооценивать всей значимости и важности собственного заболевания, что может привести к неполному и некачественному выполнению

врачебных предписаний. Это объясняется принятием своего заболевания, приспособлением к нему и, соответственно, снижением страха перед болезнью.

Для определенного процента обследованных больных характерна низкая приверженность лечению при наличии согласия практически всеми положительной установки на лечение. Некомплаентность больных в большей степени касается невыполнения рекомендаций по соблюдению диеты, занятий ЛФК.

### **Рекомендации**

1. Необходимо выявлять у пациентов, страдающих сахарным диабетом, низкий уровень комплаентности на первых этапах терапии.

2. В программу лечения целесообразно включать беседу, где больной сможет получить информацию о необходимости, структуре и качестве назначаемого лечения, с учетом его индивидуального типа восприятия реальности.

3. Одна из задач – обучение пациентов и обеспечение их самостоятельности в контроле течения заболевания для качественного улучшения терапии и предотвращения осложнений. Основными направлениями психологической помощи, направленной на повышение комплаентности, являются: работа с ближайшим окружением личности (семья, друзья); работа, направленная на формирование активной позиции по отношению к здоровью; стимулирование людей на поддержание здорового образа жизни; формирование активной позиции, направленной на преодоление заболевания.

### **Список литературы:**

1. Балаболкин, М.И. Современные возможности профилактики сахарного диабета 2 типа./М.И. Балаболкин, Е.М. Клебанова // РМЖ № 11, 2007

2. Кадыров, Р.В. Опросник «Уровень комплаентности» / Р. В. Кадыров, О. Б. Асриян, С. А. Ковальчук. Владивосток: Мор. гос. ун-т, 2014. – 74 с.

3. Суркова, Е. В. Некоторые аспекты приверженности медикаментозной терапии у больных сахарным диабетом 2-го типа /Е.В. Суркова, О.Г. Мельникова//Трудный пациент. 2008. С. 35.

4. <http://stevita.ru/article/86-steviya-trava>

## **РИСК РАЗВИТИЯ ГЛАУКОМЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

*Бекетова Ю. А.*

*ГБПОУ НО «Арзамасский медицинский колледж»*

Сахарный диабет является актуальной медико-социальной проблемой современности, которая по распространенности и заболеваемости имеет все черты эпидемии, охватывающей миллионы людей во всех странах мира. Несмотря на интенсивные исследования, сахарный диабет остается заболеванием, требующим постоянного контроля с целью предупреждения осложнений и преждевременной инвалидизации. В настоящее время, по данным Всемирной Организации Здравоохранения, во всем мире количество больных неуклонно растет [5].

При сахарном диабете чаще, чем при других эндокринных заболеваниях, наблюдаются различные поражения органа зрения [4]. Проблема взаимосвязи между сахарным диабетом и глаукомой привлекала к себе внимание целого ряда отечественных исследователей [1-4].

Сейчас насчитывается около 45 млн. слепых и около 135 млн. слабовидящих людей. Что касается глаукомы, то по данным большинства научных исследований, риск ее возникновения у больных сахарным диабетом составляет 32% от общего количества случаев этого заболевания. Развитие глаукомы на фоне сахарного диабета отмечается в 5 раз чаще, чем при его отсутствии. При протекании сахарного диабета в течение длительного времени, есть возможность развития ретинопатии (поражения сети кровеносных сосудов глазного яблока). Страдают также зрительный нерв и сосуды, питающие сетчатку глаза. Постоянно повышенное глазное давление, характерное для пораженной сети кровеносных сосудов, негативно сказывается на состоянии глазного дна, радужной оболочки и служит основой для развития глаукомы [2].

На базе ГБУЗ НО ЦГБ г. Арзамас было проведено исследование. Цель: провести анализ заболеваемости сахарным диабетом и отследить закономерность развития глаукомы у больных сахарным диабетом. Была

выдвинута гипотеза исследования: риск развития глаукомы увеличивается у пациентов с сахарным диабетом.

Использовались следующие методы исследования:

- метод анализа литературы (изучение соответствующей литературы по данной проблеме);
- метод анализа документов (изучение медицинской документации в офтальмологическом и эндокринологическом кабинетах);
- метод математической статистики (выкопировка сведений из амбулаторных карт пациентов с сахарным диабетом);
- метод обработки и интерпретации полученной информации.

В исследовании принимали участие пациенты ГБУЗ НО ЦГБ г. Арзамас с диагнозом: сахарный диабет I и II типа (39 пациентов (21,9%) с сахарным диабетом I типа и 139 пациентов (78,1%) с сахарным диабетом II типа). По половому признаку из 178 человек: мужчин - 43% и женщин - 57%. Среди пациентов с сахарным диабетом незначительно преобладали женщины, видимо, это связано с тем, что женщины имеют дополнительные факторы риска развития сахарного диабета, такие как прием оральных контрацептивов, гестационный диабет в анамнезе. На это также указывали многочисленные авторы [2].

Большинство исследуемых пациентов с сахарным диабетом находились в возрастной группе 51-60 лет. Это объясняется тем, что на 2,5 млн. людей, страдающих сахарным диабетом, поставленных на учет врачами, приходится как минимум 5 млн. тех, кто о своей болезни даже не подозревает. Диагноз выставляется только после развития осложнений, которые начинают проявляться примерно через 10-15 лет от начала заболевания, т. е. как раз в возрасте 51-60 лет.

Проанализировав медицинские карты исследуемых больных, была выявлена следующая распространенность осложнений среди пациентов с сахарным диабетом (таблица 1).

Таблица 1.

ОСЛОЖНЕНИЯ					
ретинопатия (в т.ч. глаукома)	нейропатия	нефропатия	ангиопатия	ХПН	Диабетическая стопа
32%	34%	15%	7%	10%	2%

Из данной таблицы видно, что самыми распространенными осложнениями у исследуемых пациентов с сахарным диабетом являлись нейропатия и ретинопатия (в том числе глаукома). Это говорит о том, что нервная система и органы зрения наиболее чувствительны к негативному воздействию сахарного диабета.

Исследовав медицинскую документацию выявлено, что первичная открытоугольная глаукома была обнаружена у 9,7 %. Женщин среди них было примерно в четыре раза больше, чем мужчин (81 % и 19 % соответственно). При оценке распространенности первичной глаукомы среди больных сахарным диабетом тип II наблюдалась четкая зависимость от возраста. Так, среди больных в возрасте до 50 лет распространенность первичной глаукомы составила 3,7 %, в возрасте 51-60 лет – 6,0 %, в возрасте 61-70 лет – 8,5 %, а среди лиц в возрасте 71 года и старше – 16,9 %. Это подтверждает тот факт, что пожилой возраст является одним из основных факторов риска развития первичной глаукомы.

Что касается распределения по стадиям глаукомы, то среди исследуемых пациентов преобладали лица с начальной глаукомой – 50,4 %. Глаукома II стадии была обнаружена в 13,6 % случаев, III стадии – 22,7%, в IV стадии – в 13,3 %.

Из приведенных данных видно, что пациенты, страдающие сахарным диабетом, в большинстве имеют начальную стадию глаукомы, что подтверждает зависимость данного заболевания от диабета. Причем, вторая и четвертая стадии глаукомы находятся практически в равных долях.

На основании всего вышеизложенного, можно сделать вывод о том, что гипотеза, выдвинутая в начале исследования, получила свое подтверждение: риск развития глаукомы возрастает у пациентов с сахарным диабетом.

Изучив литературу и проведя исследование, можно сделать вывод, что сахарный диабет является причиной инвалидности, а также потери зрения от такого грозного осложнения, как глаукома.

При диабете происходит избыточное накопление сахара в крови (гипергликемия), что приводит к сдвигам в процессах обмена веществ в



организме и к нарушению кровообращения преимущественно в мелких сосудах (капиллярах) различных органов и тканей. Наиболее ранимы сосуды глаз, которые можно назвать мишенью сахарного диабета, особенно если он развивается на фоне повышенного артериального давления и повышенного содержания в крови холестерина, что само по себе «бьет» по сосудам.

При сахарном диабете повышен риск первичной открытоугольной глаукомы. Кроме того, в передней камере глаза иногда разрастаются новообразованные сосуды, которые могут внезапно перекрыть отток водянистой влаги и привести к вторичной неоваскулярной глаукоме. Такая глаукома быстро прогрессирует и дает осложнения [4].

К сожалению, глаукому в настоящее время излечить полностью невозможно. Однако при ранней диагностике заболевания и правильном лечении можно приостановить прогрессирование болезни. Об этом можно судить по уровню внутриглазного давления (оно должно оставаться в пределах нормы), отсутствию нарастания дефектов поля зрения.

Каждый страдающий диабетом должен знать, что может ему угрожать. Он обязан вместе с лечащим врачом принять все меры, чтобы не допустить столь тяжелых осложнений. А для этого надо периодически обследоваться у офтальмолога. Как часто надо посещать его определяет лечащий врач – эндокринолог.

### **Список литературы:**

1. Александрова Е.Е. Топографические изменения у больных, страдающих сахарным диабетом. Офтальмологический журнал, 1971, №6.
2. Астахов Ю. С., Крылова И. С., Шадричев Ф. Е. Является ли сахарный диабет фактором риска развития первичной открытоугольной глаукомы // Клиническая офтальмология. — 2006. — Т. 7, № 3. — С. 91–94.
3. Запускалов И.В., Кривошеина О.И., Цыров Г.И. Локальные механизмы взаимосвязи коллоидно-осмотического давления и офтальмотонуса у больных сахарным диабетом. Вестник офтальмологии, 1998, Т.114, №2.
4. Нестеров А.П. Диабетические поражения органа зрения // Актуальные проблемы эндокринологии: Тез. докл. III Всероссийского съезда эндокринологов. –М., 1996. – С. 78–79
5. World Health Organization. Global initiative for prevention of avoidable blindness. WHO/PBL/97.61. Geneva: WHO, 1997.

## **ВЛИЯНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ НА ЧАСТОТУ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕЛЬДШЕРА**

*Бенкус О. Е., студентка; Шевченко Л. М., руководитель  
ГБПОУ «Ейский медицинский колледж»*

Сахарный диабет (СД) – эндокринное заболевание, характеризующееся синдромом хронической гипергликемии, являющейся следствием недостаточной продукции или действия инсулина, что приводит к нарушению всех видов обмена веществ: углеводного, жирового, белкового, минерального и водно-солевого.

Статистика больных сахарным диабетом в мире в 1980 году насчитывала около 108 млн. человек. При этом за 35 лет, с 1980 года общее число больных сахарным диабетом в мире увеличилось в 4 раза. В 2014 году показатели выросли до 422 млн. человек. По сравнению с 2014-м годом количество больных сахарным диабетом увеличилось на 5,6% (в 2014 году - 4 184 582 человек), а за 3 года с 2013 по 2015 годы – на 23 % (825 868 человек), что отражено на диаграмме (рис.1).

По данным Государственного регистра больных сахарным диабетом в Российской Федерации, на 01.01.2016 г. было зарегистрировано 4,3 млн. больных сахарным диабетом 2 типа (СД2), что составляет 2,8% населения России (рис. 1).

Опасность сахарного диабета второго типа, определяется в первую очередь микро- и макрососудистыми осложнениями (ИБС, инфаркт, инсульт, нефропатия, атеросклероз сосудов нижних конечностей), приводящими к временной и стойкой утрате трудоспособности, ухудшению качества жизни и преждевременной смерти. По данным Федерального регистра больных на 1 января 2017 года в России зарегистрировано 4 миллиона 348 тысяч человек, больных диабетом [5].

Среди причин преждевременной смерти при сахарном диабете второго типа более чем в половине случаев (50,7%) – инфаркт миокарда, нарушения мозгового кровообращения и сердечная недостаточность. Именно поэтому затраты на лечение больных СД2 и экономические потери определяются не только собственно стоимостью лечения самого заболевания, но и, во многом, расходами на его сердечно-сосудистые осложнения, частота которых выше у больных с некомпенсированным заболеванием. Так, средние годовые затраты в 2016 г. в расчете на одного пациента с сахарным диабетом второго типа составили 70,8 тыс. руб., при этом в случае наличия у больных сердечно-сосудистых осложнений с некомпенсированным сахарным диабетом второго типа стоимость лечения увеличивалась в несколько раз [3].

В развитии нарушений гомеостаза глюкозы при инсулиннезависимом СД следует выделить три различных степени: 1 степень - поджелудочная железа, вследствие некоторых причин её  $\beta$ -клетки могут «не распознавать» глюкозу, таким образом, нарушается секреция инсулина; 2 степень – печень. Может изменяться скорость продукции глюкозы в сторону увеличения; 3 степень - клетки-мишени, находящиеся на периферии – в мышечной, жировой тканях, а также в клетках печени, где в свою очередь в силу различных причин понижается чувствительность к инсулину и развивается инсулинорезистентность. Большинство больных с СД 2 имеют: инсулинорезистентность; нарушение секреции инсулина; увеличение синтеза глюкозы печенью.

При СД 2 типа характерно медленное развитие заболевания, особенно у людей преклонных лет, когда клиника стерта, диабет годами не замечен и выявляется случайно, на фоне уже имеющегося диабетического поражения сосудов или нервов. Жалобы, обусловленные декомпенсацией диабета, проявляются не так демонстративно, могут быть эпизодическими. «Симптомы сахарного диабета 2 типа: жажда (больные могут выпивать 3-5 литров и более жидкости в сутки); учащенное мочеиспускание (как днем, так и ночью); сухость во рту; общая и мышечная слабость; повышенный аппетит; зуд кожи (особенно в области гениталий у женщин); сонливость; повышенная

утомляемость; плохо заживающие раны; ожирение у больных с сахарным диабетом 2 типа; симптомы развиваются постепенно и отличаются умеренной выраженностью[1].

Для диагностики сахарного диабета выполняют следующие исследования: анализ крови на глюкозу: натощак определяют содержание глюкозы в капиллярной крови (кровь из пальца); проба на толерантность к глюкозе: натощак принимают около 75 г глюкозы, растворенной в 1-1,5 стаканах воды, затем определяют концентрацию глюкозы в крови через 0,5, 2 часа; анализ мочи на глюкозу и кетоновые тела: обнаружение кетоновых тел и глюкозы подтверждает диагноз диабета; определение гликозилированного гемоглобина: его количество значительно повышается у больных сахарным диабетом; определение инсулина и С-пептида в крови при втором типе

Диабетическая нефропатия – в начальной стадии у больных СД проявляется гиперфилтрацией. В дальнейшем характер поражения почек при обоих типах диабета совпадает: утолщается базальная мембрана капилляров и мезангиум клубочков, что сопровождается повышенной клубочковой проницаемостью. Сначала развивается микроальбуминурия (при экскреции альбумина с мочой от 30 до 300 мг/сут), а затем и протеинурия (более 300 мг/сут). Устойчивая протеинурия служит неблагоприятным прогностическим признаком при диабете, т. к. хроническая почечная недостаточность возникает обычно спустя 5 лет. Артериальная гипертензия менее чувствительный показатель поражения почек и тесно связан со степенью альбуминурии и длительностью диабета. Протеинурия 3-5 г/сут ведет к гипоальбуминемии и развитию отеков (нефротический синдром). Азотемия отражает обширное поражение почек, при котором тяжелая уремия развивается спустя примерно 3-4 года.

Инфекционные поражения в виде бактериурии, кандидозного эзофагита и кандидозного вагинита встречаются часто. Некоторые редкие инфекции наблюдаются практически исключительно при диабете, в частности, эмфизематозный холецистит, мукомикоз, злокачественный наружный отит и папилонекроз почек [4].

Модификация образа жизни и самоконтроль лежат в основе терапии СД, без чего трудно достигнуть целевых уровней гликемии, снизить риск развития осложнений и, что очень важно, улучшить качество жизни пациентов. СД типа 2, сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), абдоминальное ожирение настолько взаимосвязаны, что все рекомендации по изменению образа жизни очень похожи во всех этих группах пациентов. Чрезвычайно важно снижение таких факторов риска, как курение, низкая физическая активность и неправильное питание.

Особое внимание в обучении пациентов с СД типа 2 следует уделить рискам, связанным с курением. Оно выходит практически на 1-е место по независимым факторам риска развития ССЗ, включая ишемическую болезнь сердца, инсульт, заболевания периферических артерий и преждевременную смерть. А эти состояния, в свою очередь, являются основной причиной инвалидизации и смертности среди пациентов с СД типа 2. Прекращение курения существенно снижает риски развития ССЗ, хотя это зависит от сроков отказа от курения. Если пациент курит более 1 пачки сигарет в день, у него в 3 раза больше шансов умереть в возрасте 45-64 года и в 2 раза больше шансов умереть в возрасте 65-84 года, чем у некурящих.

Одними из основных факторов риска развития сердечно-сосудистой патологии у пациентов с СД типа 2 являются неправильное питание и физическая инертность. Это при СД приобретает особо важное значение из-за гипергликемии, которая вносит свой существенный вклад в поражение сосудистой стенки как мелких, так и крупных сосудов. Физическая активность приносит значимые улучшения здоровья и качества жизни. В настоящее время особое внимание уделяется продолжительности физической нагрузки, так, ходьба в течение 40 мин оказывается более эффективной, чем 4 раза по 10 мин. Очень важно, чтобы физическая активность поддерживалась на протяжении всей жизни пациентов.

Таким образом, сахарный диабет – быстро распространяющееся, полиэтиологическое заболевание, определяющееся, в первую очередь, микро- и

макрососудистыми нарушениями, приводящими к временной и стойкой утрате трудоспособности, ухудшению качества жизни и преждевременной смерти. Вероятность развития сахарного диабета выше у пациентов в возрасте после 40 лет, с отягощённой наследственностью, избыточным весом, неправильным питанием, гиподинамией, курением. Профилактическая деятельность фельдшера заключается в мотивации пациентов на ведение здорового образа жизни, предупреждение осложнений, адекватное лечение.

### **Список литературы:**

1. Верткин А. Л. Сахарный диабет // Эксмо, 2015. – С.28-29.
2. Демичева О. Ю. Сахарный диабет // Эксмо, 2016.- С. 19-21.
3. Дедов И.И., Омеляновский В.В., Шестакова М.В., и др. Сахарный диабет как экономическая проблема в Российской Федерации // Сахарный диабет. 2016. №1 – С. 30-43.
4. Скворцов, А.В., Тумаренко. Клиническая эндокринология // СпецЛит, 2016. С. 43-49.
5. Дедов И.И., Шестакова М.В., Викулова О.К. Государственный регистр сахарного диабета в Российской Федерации: статус 2015 г. и перспективы развития // Сахарный диабет. – 2015. №3 – С. 5-22.
6. Карпенко М.В. Модификация образа жизни при сахарном диабете [Электронный ресурс] Эндокринологическое отделение. 27 марта 2017. <http://10gkb.by/informatsiya/stati/modifikatsiya-obraza-zhizni-pri-sakharnom-diabete> (дата обращения 08.11.2018)

## ПОЛНОЦЕННАЯ ЖИЗНЬ С ДИАГНОЗОМ «САХАРНЫЙ ДИАБЕТ»

*Бугеро С. С.*

*ФГБПОУ «Ульяновский фармацевтический колледж»  
Министерства здравоохранения РФ*

Кто предупрежден, тот вооружен, говорили латиняне, а викинги, наши северные соседи, добавляли: чтобы плыть за золотом, надо иметь много серебра. Оба эти изречения имеют прямую связь с диабетиками и диабетом; собственно, они являются для диабетиков важнейшими психотерапевтическими рекомендациями. Диабет – пока что неизлечимая болезнь, и, чтобы жить с ней, надо знать, как жить. Знать, что можно и чего нельзя, иметь представление о механизме заболевания, владеть простейшими медицинскими навыками, уметь обращаться с техникой, позволяющей контролировать ряд параметров вашего организма, разбираться в медикаментах и в свойствах продуктов. Знание, в данном случае серебро, а золото – это жизнь. Перечисленные выше знания и умения совершенно необходимы диабетику, и, овладев ими, можно не просто выжить, но практически жить нормально. Или почти нормально – не забывайте, ведь человек все-таки болен, и болен неизлечимо. Что, однако, не повод для пессимизма: во-первых, медицина не стоит на месте, а во-вторых, по современным понятиям, диабет не столько болезнь, сколько образ жизни. Не считайте, что данную формулу выдумали врачи для утешения пациентов, это в самом деле так [3, стр. 10].

Следует иметь в виду, что термин «диабет» относится к большой группе заболеваний; в частности, существуют сахарный и несахарный диабет, причем в последнем случае глюкоза крови не повышается, а основным симптом этой болезни – сильнейшая жажда. Сахарный диабет был известен с древнейших времен – с ним, по-видимому, были знакомы врачи Древнего Египта и, безусловно, медики Греции, Рима, средневековой Европы и восточных стран. Название «диабет» и первое клиническое описание этого недуга принадлежат римскому врачу Аретеусу, жившему во втором веке нашей эры. В те времена болезнь диагностировали по ее внешним проявлениям – таким, как общая

слабость, потеря аппетита, неутолимая жажда, частое мочеиспускание (полиурия). Как же тогда лечили диабет? Это зависело от степени тяжести заболевания и возраста пациента. Если больным являлся ребенок или молодой человек с диабетом 1-го типа, т. е. инсулинозависимым (ИЗСД), то он был обречен с полной неизбежностью; такой пациент довольно быстро погибал от диабетической комы. Если же болезнь развивалась у взрослого человека в 40–45 лет и старше и была согласно нашей современной классификации диабетом 2-го типа (инсулинонезависимым – ИНСД), то такого пациента лечили или, точнее, поддерживали в нем жизнь с помощью диеты, физических упражнений и средств фитотерапии. Причинами развития сахарного диабета являются наследственная предрасположенность, превышение допустимого веса (ожирение), частые нервные стрессы, инфекционные заболевания, другие болезни: ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия.

Вследствие того, что причины возникновения заболевания первого и второго типа различны, то и профилактические мероприятия несколько отличаются. Сахарный диабет 1 типа предупредить невозможно, однако соблюдение некоторых рекомендаций может помочь задержать, приостановить развитие заболевания. Профилактика сахарного диабета особенно необходима людям, относящимся к группе риска. Это те, у кого существует наследственная предрасположенность, то есть состоит в близком родстве с человеком, больным сахарным диабетом первого типа [6, стр.93].

*«Жизнь не сахар», – говорим мы, сетуя на какие-то трудности и горести и считая, что сахар, сладости – это всегда благо. Врачи с нами не согласятся. Они давно бьют тревогу: болезнь, вызванная избытком сахара, – сахарный диабет – стала своего рода бичом нашего времени. Между тем болезнь эта весьма коварна и может привести к тяжелым последствиям. К сожалению, большинство пациентов считают, что проблема сахарного диабета — это повышение сахара в крови. На его снижение направлены и все традиционные методы лечения. Парацельс же отмечал следующее: «Диабет — болезнь всего организма, при которой в крови образуется сахар». То есть на первое место он*



ставил поражение всего организма. Ввиду достаточно серьезных последствий, больным крайне необходима профилактика осложнений сахарного диабета. Это постоянный регулярный контроль над содержанием глюкозы в крови, при превышении допустимого показателя начинается процесс поражения сосудов. Поддержание уровня артериального давления, соблюдение диеты, диабетикам необходимо отказаться от алкоголя и курения, которые могут усугубить состояние и привести к необратимым осложнениям [8, стр. 59].

Разумеется, образ жизни, предписанный диабетикам, отличен от жизни здоровых людей. Болезнь накладывает ряд ограничений на режим питания и состав пищи, на выбор профессии, работу, занятия спортом и любые физические нагрузки, на семейную жизнь и воспроизводство потомства. С этим приходится мириться. Жизнь вообще непростая штука, но ведь никто – или почти никто – не отказывается от нее по доброй воле. Поэтому не ссорьтесь с вашим диабетом – в такой ссоре вы заведомо проиграете [3, стр.57].

«Человек, имеющий сахарный диабет», именно имеющий, а не страдающий, не больной диабетом, хотя это второе словосочетание, более традиционное и привычное для слуха. Диабет, разумеется, болезнь, но болезнь особая – к счастью, в наше время ее можно контролировать и компенсировать таким образом, что она не доставляет больному физических страданий и не сокращает срок жизни. Для этого, конечно, требуются усилия врача и, в первую очередь, самого человека с диабетом [3, стр. 52].

Диабет – болезнь, предъявляющая высокие требования к больным, которые хотят жить и чувствовать себя нормально. К тому же это дорогая болезнь. Хотя диабетикам отпускают бесплатно инсулин, шприцы и сахароснижающие препараты (а в некоторых странах даже глюкометры), многое диабетик должен покупать сам – полоски для тех же глюкометров, весьма дорогие лекарства, предохраняющие от диабетических осложнений, и главное – продукты. Диабетик не может наедаться хлебом и кашами, ему необходимы мясо, рыба, молочные изделия, овощи и некоторые виды фруктов. Все это стоит значительно дороже хлеба. Но знания и навыки – прежде всего;

их нельзя заменить никакими деньгами, и только знания позволят человеку с сахарным диабетом чувствовать себя в любой ситуации если не свободно, то хотя бы уверенно. С целью закрепления знаний, крайне полезно пройти обучение в диабетическом центре. Если такой возможности нет, стоит хотя бы один-два раза лечь в больницу для обследования и пообщаться с врачами-эндокринологами, получив от них максимум полезных знаний. Необходимо разбираться в лекарственных препаратах, знать, какой инсулин подходит вам лучше всего, куда и как нужно его вводить. Придерживаться четкого расписания питания, инъекций инсулина или приема таблеток – в смысле времени этих операций, а также количества и состава пищи. Все неординарные ситуации, нарушающие обычный режим (дальняя поездка, визит в гости или в театр, физическая нагрузка), должны быть заранее обдуманы и спланированы. Диабетики, находящиеся на инсулине, должны постоянно носить с собой еду для предотвращения гипогликемии. Физические нагрузки при диабете совершенно необходимы, так как они поддерживают тонус организма и понижают сахар в крови, но эти нагрузки должны быть легкими или средними, а не тяжелыми. Хотите жить – учитесь! [3, стр.90].

Мы уже выяснили, что сахарный диабет — это не болезнь, а определенный образ жизни. Чтобы «уйти» от болезни, надо уйти от неправильного образа жизни. Это сложно? Нет, поскольку в том, чтобы человек был здоров, нуждается не только он сам, но и его дети, внуки, семья. Утраченное вследствие болезни здоровье не позволит заниматься любимой работой, а осложнения, возникающие вследствие хронически повышенного уровня сахара в крови, могут лишить радости передвижения и способности видеть окружающий мир. Разве красота земной природы или счастье быть полноценным членом своей семьи, не стоят того, чтобы победить неправильный образ жизни.

Мы живем до тех пор, пока хотим жить. **И сахарный диабет – это не приговор.**

Если вспомнить такие личности как Федор Шаляпин, Юрий Никулин, Юрий Андропов, которым диабет не помешал реализовать свои таланты. А еще голливудские актеры Сталлоне, Шварценеггер – это знаменитые люди, которые больны диабетом. У американской актрисы Шерон Стоун сахарный диабет с 3 лет, и с этого возраста она на инсулине и это не помешало ей сделать карьеру в кино [5, стр. 87].

### Список литературы:

1. Аметов А.С. Сахарный диабет 2 типа. Проблемы и решения: Т. 1 / – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. 350 с.
2. Анциферов М.Б., Комелягина Е.Ю. Синдром диабетической стопы: диагностика, лечение и профилактика. – Москва: Медицинское информационное агентство, 2013. 304 с.
3. Ахманов М. С. Диабет. Жизнь продолжается! Все о вашем диабете. М.: Вектор, 2012. 567 с.
4. Ахманов М.С. Диабет. Стратегия жизни. М.: Вектор, 2012. 288 с.
5. Ахманов М.С. Диабет - не приговор: О жизни, судьбе и надеждах диабетиков/– СПб. : Невский проспект, 2005. 187 с.
6. Белякова Н.А., Килейников Д.В., Роккина С.А. Основы диабетологии /Тверская гос. мед. акад. ;– изд. 3-е, доп. – Тверь : Триада, 2010. 101 с.
7. Дедов И.И., Петеркова В.А. Руководство по детской эндокринологии /– М. : Универсум Паблишинг, 2006. 595 с.
8. Древаль А.В., Мисникова И.В., Ковалева Ю.А. Профилактика поздних макрососудистых осложнений сахарного диабета /– Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 79 с.
9. Журнал «Новая аптека», №6, 2006
10. Секреты эндокринологии : учеб. пособие : пер. с англ. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : БИНОМ ; СПб. : Невский диалект, 2001. 464 с.
11. Электронные образовательные ресурсы. Большая медицинская энциклопедия.[https://www.yandex.ru/search/?lr=195&text=dic.academic.ru%2Fdic.nsf%2Fenc\\_medicine%20](https://www.yandex.ru/search/?lr=195&text=dic.academic.ru%2Fdic.nsf%2Fenc_medicine%20) (дата обращения 17.11.2018)

## **О ПРИМЕНЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ СТЕПНЫХ СООБЩЕСТВ ЮГО-ЗАПАДНЫХ РАЙОНОВ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ В ЛЕЧЕНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА**

*Васильева Ю. А., студентка; Степина Е. В., руководитель  
Государственное автономное профессиональное образовательное учреждение  
Саратовской области «Балашовский медицинский колледж»*

Сахарный диабет – эндокринное заболевание, которое в последние годы заметно прогрессирует. Количество людей, страдающих этим заболеванием, увеличивается, также уменьшается возраст заболевших, т.е. болезнь «молодеет». Молодые люди ведут малоподвижный образ жизни, проводя большое количество времени за компьютерами, различными гаджетами, заменяя физическую активность общением в социальных сетях, просмотром различных видео и т.д. Как правило, такое времяпровождение сопровождается неправильным питанием, больше употребляется пищи богатой углеводами и жирами, например, сладости, фаст-фуд и проч. Это оказывает сильную нагрузку на пищеварительную систему, в том числе и на поджелудочную железу. От длительной перегрузки со временем ее клетки повреждаются, синтез инсулина нарушается.

Снижение физической активности приводит к тому, что полученные калории не расходуются в полной мере, в результате появляется избыточный вес. Ожирение повышает риск возникновения диабета.

Современный ритм жизни вызывает большое количество стрессовых ситуаций, которые человек не всегда умеет правильно преодолевать. Длительный стресс может провоцировать любое заболевание, в том числе и сахарный диабет. Доказано, что под действием стресса изменяется гормональный фон организма, который в конечном итоге приводит к деструктивным изменениям.

Для лечения сахарного диабета в зависимости от тяжести состояния применяются различные методы, в том числе и фитотерапия. Лекарственные растения используются как в виде монотерапии, так и в виде различных сборов.

Это могут быть экстракты, настойки, отвары и т.д. Следует помнить, что фитотерапию можно применять только как дополнительный метод к основному лечению сахарного диабета. Отдельно она возможна только при легких, инсулинонезависимых формах заболевания. [1, 2, 3]

К сожалению, ресурсы лекарственных растений в степных сообществах Юго-западных районов Саратовской области изучены недостаточно. Особенно это касается Балашовского района, в котором исследования ранее носили эпизодический характер. Проведенная работа показала, что флора данной территории богата лекарственными растениями, которые перспективны для дальнейшего изучения и использования. [4]

Всего зарегистрировано 357 видов растений, среди них 43,5% имеют лекарственное значение. Среди лекарственных растений здесь представлены как фармакопейные, так и виды, используемые в народной медицине. [4]

Среди встреченных видов в комплексной терапии, а также для облегчения сопутствующих состояний при сахарном диабете, могут применяться, например, лопух большой (*Arctium lappa* L.), цикорий обыкновенный (*Cichorium intybus* L.), зверобой продырявленный (*Hypericum perforatum* L.), виды рода девясил (*Inula* L.), шалфей (*Salvia* L.), клевер (*Trifolium* L.), одуванчик лекарственный (*Taraxacum officinale* Wigg.s.l.), подсолнечник клубненосный (*Helianthus tuberosum* L.), горец птичий (*Polygonum aviculare* L.), ежевика (*Rubus caesius* L.), мята полевая (*Mentha arvensis* L.), донник лекарственный (*Melilotus officinalis* L.), шиповник майский (*Rosa majalis* Herrm.), желтушник седоватый (*Erysimum canescens* Roth.), мать-и-мачеха (*Tussilago farfara* L.) и др. [1, 2, 3, 4]

Многие лекарственные травы разносторонне действуют на различные функции организма человека. Помогая при одном заболевании, если бесконтрольно их применять, могут обострить имеющиеся другие заболевания и даже вызвать отравление организма. Поэтому перед применением необходима консультация врача, особенно это касается такого серьезного заболевания как сахарный диабет.

### Список литературы:

1. Альтернативная медицина; под. ред. профессора Н.А. Беякова. Архангельск: Сев.-Зап. кн. изд-во, 1994. 456 с.
2. Беспалова Н.В., Пастушенков А.Л. Фармакогнозия с основами фитотерапии: учебник. Ростов н/Д.: Феникс, 2016. 381с.
3. Журба О.В., Дмитриев Н.Я. Лекарственные, ядовитые и вредные растения: учебник. М.: КолосС, 2008. 512 с.
4. Степина Е.В. Эколого-флористическая характеристика степной растительности Юго-западных районов Саратовской области: Дис. ... канд. биол. наук. Балашов, 2015. 213 с.

## РОЛЬ МЕДСЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ СДС - СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

*Войнова Е. Ю., студентка; Воробьева Т.Е., руководитель  
ГБУ «ПОО «Астраханский базовый медицинский колледж»»*

**Синдром диабетической стопы (СДС)** - комплекс анатомо-функциональных изменений, развивающихся на фоне диабетической нейропатии, микро- и макроангиопатии, способствующих повышенной травматизации и инфицированию мягких тканей стопы, развитию гнойно-некротического процесса. Это собирательное понятие, объединяющее группу поздних осложнений сахарного диабета (СД), при которых развиваются патологические изменения стоп больного в виде гнойно-некротических процессов, язв и костно-суставных поражений, возникающие на фоне специфических изменений периферических нервов, сосудов, кожи и мягких тканей, костей и суставов. Развивается у пожилых пациентов с СД 2-ого типа.

Нарушение иннервации конечностей в результате развития нейропатии начинается с пальцев ног. Также с нижней части ног начинается прогрессирование ангиопатии и ухудшение кровоснабжения. Поэтому ноги становятся слабее, иногда подворачиваются в суставах стоп. На коже стоп образуются натоптыши - наросты огрубевшей кожи, которые опасны тем, что давят на более глубокие мягкие ткани стопы, повреждая их. По трещинкам в огрубевшей коже под натоптышами проникают бактерии, и, если под ними есть небольшая потертость, то в ней может начаться воспаление, которое чревато язвой, абсцессом и даже гангреней. [3, с. 92]

Главное в профилактике СДС – своевременное адекватное лечение СД 2 типа, которое складывается из 4 основных компонентов: диетотерапия, физические нагрузки, прием пероральных сахароснижающих лекарственных препаратов и в ряде случаев - инсулинотерапия.

Основной целью лечения больных СД 2 типа является поддержание нормальных значений гликемии. Важно поддержание нормальных значений АД (до 130/85 мм рт.ст.), липидного спектра (холестерин ЛПНП до 3 ммоль/л,

холестерин ЛПВП более 1,2 ммоль/л, триглицериды до 1,7 ммоль/л). Лечение направлено на профилактику развития и прогрессирования сосудистых осложнений СД, профилактику гипергликемического состояния и гипогликемий. [2, с. 187]

Причины декомпенсации сахарного диабета 2 типа:

- Недостаточная информированность больных.
- Недостаточный контроль гликемии.
- Нарушения режима питания, физических нагрузок и режима приёма ЛП.
- Частые изменения программы лечения.
- Декомпенсация сочетанных хронических заболеваний, инфекции.
- Сенильные нарушения.
- Немедикаментозное лечение.

Успешное обучение правильному образу жизни оказывает благоприятный эффект на все метаболические нарушения при СД 2 типа. Желательные значения индекса массы тела менее 25 кг/м<sup>2</sup>; значения индекса массы тела 25–27 кг/м<sup>2</sup> считаются приемлемыми. Главная задача медсестры - убедить больного в необходимости изменения образа жизни. Снижение массы тела – не всегда единственная цель. Увеличение физической нагрузки, изменения в режиме и диете также оказывают благоприятный эффект. [1, с. 209]

В Астраханской области на сегодняшний день зарегистрировано 30000 больных СД, что составляет 3% от общего числа населения. Данных о количестве осложнений нам найти не удалось.

Исследовательская работа была проведена в Астраханском Центре медицинской профилактики. Совместно с врачом-эндокринологом осуществлен прием (осмотр) 30 пациентов с СД 2 типа, впервые обратившихся за медпомощью в данное ЛПУ. 15 больным была предложена программа профилактики СДС, подготовленная студентами. 15 человек составили контрольную группу, (примерно одного возраста и длительности заболевания, сопоставимые с основной группой). Было проведено анкетирование пациентов



и осуществлен сестринский уход. На 2 этапе проведен сравнительный анализ эффективности сестринских вмешательств.

## Полученные результаты (до сестринских вмешательств)

### 1. Возрастной состав

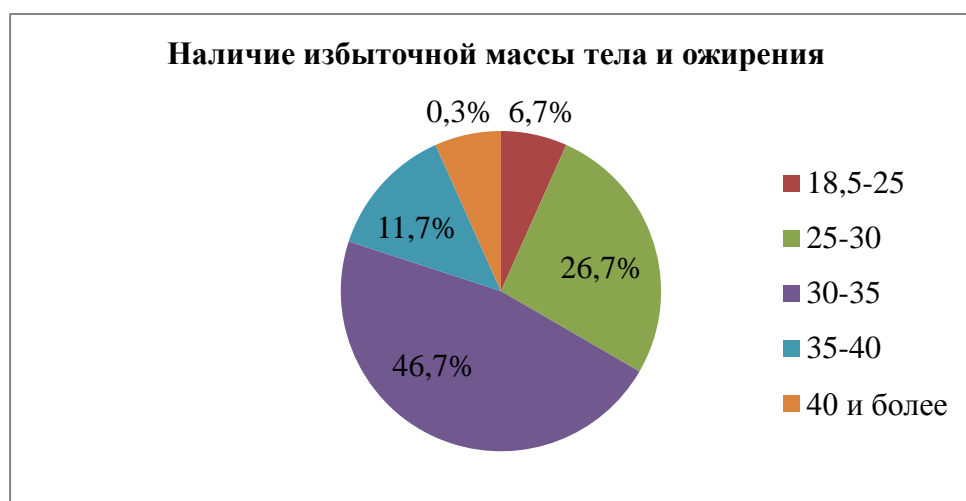
Возраст	Основная группа	%	Контрольная группа	%
50-60 лет	3	20	2	13,3
Старше 60 лет	12	80	13	86,7

### 2. Длительность заболевания:

Длительность	Основная группа		Контрольная группа	
	Количество пациентов	%	Количество	%
До 1 года	1	6,7	0	0
1-3 года	1	6,7	3	20
3-10 лет	8	53,3	6	40
более 10 лет	5	33,3	6	40

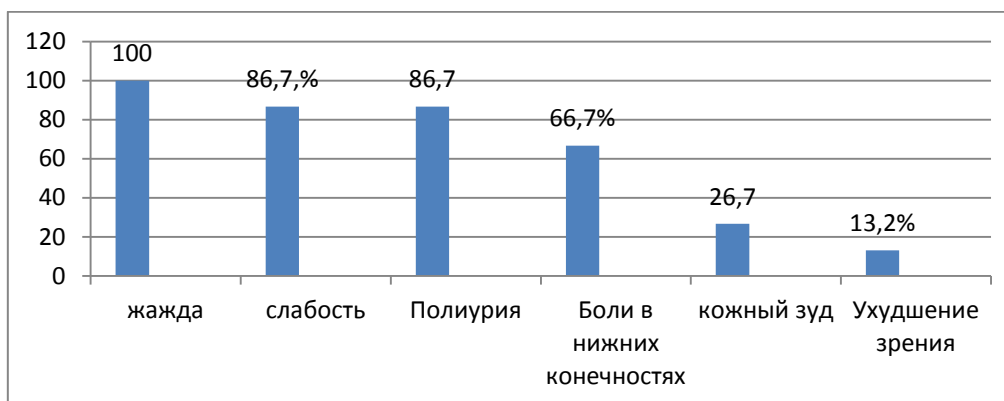
### 3. Индекс массы тела

ИМТ	Количество пациентов	%
16—18,5	0	0
18,5—25	2	6,7
25—30	4	26,7
30—35	7	46,7
35—40	2	13,3
40 и более	1	6,7



#### 4. Жалобы пациентов:

Жалобы	Кол-во пац-тов	%
Жажда	15	100
Обильное мочеиспускание	13	86,7
Слабость	13	86,7
Боли в нижних конечностях	10	66,7
Кожный зуд	4	26,7
Ухудшение зрения	2	13,2



#### 5. Соблюдение диеты:

Соблюдают – 4 человека 26,7 %

Нарушают периодически – 5 человек 33,3%

Нарушают часто – 2 человека 13,3%

Не соблюдают – 4 человека 26,7%

#### Проведенные элементы сестринского ухода

1. Со всеми больными проведена беседа о заболевании, необходимости контроля сахара крови, соблюдении диеты и физической активности.

2. Больным выданы буклеты, содержащие информацию о заболевании, примерный комплекс ЛФК и примерное меню, а также правила осмотра нижних конечностей и ухода за ними.

3. Выданы дневники самоконтроля для фиксирования приемов пищи и ЛП, результаты сахара в крови до и после (через 2 часа) приема еды и препаратов.

4. В течение 3 недель пациенты регулярно наблюдались (еженедельно): контролировалось их самочувствие, вес, состояние нижних конечностей, уровень глюкозы крови.



Осмотр межпальцевых промежутков.  
Б-ная А. 69 лет



Осмотр стопы с помощью зеркала  
Б-ная Н. 62 г.

### Обучение пациента осмотру стопы

### Полученные результаты

1. Отметим значительное улучшение состояния (уменьшение жажды, исчезновение кожного зуда) 13 пациентов, что составляет 86,7%.

В контрольной группе: 12 пациентов – 80 %

2. Снижение массы тела (в среднем на 630 г) отмечено у 9 пациентов – 60%

В контрольной группе: 9 пациентов (но в среднем ниже, на 538 г) – 60 %

3. Приобрели глюкометры и стали регулярно контролировать уровень гликемии 8 человек – 53,3%. В контрольной группе: 9 человек – 60 %.

4. Улучшились показатели гликемии:

	Рабочая группа		Контрольная группа	
	Колебания	Средние показатели	Колебания	Средние показатели
Уровень гликемии до начала работы	6,8 -15,6 ммоль/л	9,4	6,5 – 16,0	9,2
Уровень гликемии в конце исследования	6,5-10,3	7,2	6,0- 14,4	8,1

Как видно из приведенных данных, сестринский уход имеет определенную положительную роль в лечении больных СД, а значит, и профилактике СДС.

### Список литературы:

1. Балаболкин, М.И. Современные возможности профилактики сахарного диабета 2 типа /М.И. Балаболкин, Е.М. Клебанова // РМЖ № 11, 2007.
2. Захаров, Ю.А. Диабет: новая методика лечения/ Ю.А.Захаров. – СПб.: Питер, 2002. – 544с
3. Швец, В.В. Диабет по контролем/ В.В. Швец. – СПб.: Питер, 2003-192с.

## ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА

*Долганова Е.С., студентка; Салмина В.В., руководитель  
ГБПОУ «СМГК»*

Сахарный диабет является актуальной медико-социальной проблемой современности, охватывающей большинство экономически развитых стран мира. По данным ВОЗ, в мире уже насчитывается более 175 миллионов больных, их количество неуклонно растет и к 2025 году достигнет 300 миллионов. В России за последние 15 лет общее количество больных сахарным диабетом увеличилось в 2 раза.

Диабет характеризуется развитием серьезных осложнений: сердечно-сосудистой и почечной недостаточности, потери зрения, гангрены нижних конечностей. Смертность от болезней сердца и инсультов у больных сахарным диабетом в 2-3 раза, поражение почек в 12-15 раз, слепота в 10 раз, ампутация нижних конечностей почти в 20 раз чаще, чем среди населения в целом.

Актуальность темы заключается в том, что для улучшения качества жизни, профилактики осложнений, уменьшения тяжести нарушений со стороны органов-мишеней (глаз, почек, сосудов сердца, головного мозга и периферической нервной системы) при сахарном диабете большую роль играют реабилитационные мероприятия.

Цель исследования: определение роли фельдшера в профилактике осложнений сахарного диабета.

Задачи:

1. Провести анализ современной научной медицинской литературы по теме.
2. Систематизировать теоретическую информацию по сахарному диабету.
3. Проанализировать данные статистического отчета по сахарному диабету в районе обслуживания ГБУЗ СО «Сызранская городская поликлиника» за период 2016-2017 гг. и результаты анкетного опроса пациентов с сахарным диабетом.
4. Определить роль фельдшера ПМСП в профилактике осложнений сахарного диабета.

5. Сформулировать обоснованные выводы по результатам статистических и социологических данных исследования.

6. Подготовить памятки для пациентов с сахарным диабетом.

Объект исследования: сахарный диабет и его осложнения.

Предмет исследования: роль фельдшера в профилактике сахарного диабета.

Для решения поставленных задач использованы следующие методы: теоретический, статистический, аналитический.

Практическая значимость определяется разработкой памяток для пациентов с сахарным диабетом с целью профилактики осложнений. Практические рекомендации для пациентов с сахарным диабетом будут способствовать повышению качества жизни и профилактике осложнений.

Исследование проводилось на базе ГБУЗ СО «Сызранская городская поликлиника» путем анализа статистических данных за период 2016-2017гг. и результатов анкетирования пациентов в количестве 20 человек.

В РФ на 2017г. зарегистрировано 4 миллиона 348 тысяч пациентов с сахарным диабетом, что составляет 2,7% от общей численности населения

В Самарской области зарегистрировано 110 тысяч пациентов с сахарным диабетом из них, 20 тысяч с инсулинозависимым сахарным диабетом, 90 тысяч с инсулиннезависимым сахарным диабетом.

В районе обслуживания ГБУЗ СО «Сызранская городская поликлиника» за период 2016-2017 гг. отмечается рост больных сахарным диабетом на 2% и составляет по годам: 2016г. – 1530 человек, 2017г. – 1582 человека.

Отмечается так же увеличение числа впервые выявленных случаев сахарного диабета на 27% в 2017 году по сравнению с 2016 годом: в 2016 году – 55 человек, в 2017 году – 97 человек.

В структуре сахарного диабета на долю инсулиннезависимого сахарного диабета приходится 93% и составляет по годам: 2016г. - 1427человек, 2017г. – 1775 человек.

По возрастному показателю пик заболеваемости инсулиннезависимым сахарным диабетом приходится на возраст с 51 до 60 лет. Именно в этом возрасте чаще всего выявляется основная причина заболевания – избыток веса.

По гендерному признаку чаще болеют женщины, на их долю приходится 74% случаев. Этот показатель можно объяснить более частой встречаемостью ожирения, приемом контрацептивов, особенностями гормонального обмена (синдром «бородатых» женщин, гестационный диабет).

Сахарный диабет часто этиологически, патогенетически связан с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Среди респондентов выявлена следующая сопутствующая сердечно-сосудистая патология: артериальная гипертензия – 88% пациентов, ишемическая болезнь сердца – 78% пациентов, хроническая сердечная недостаточность – 31% пациентов.

Тяжесть сахарного диабета обусловлена повреждением органов-мишеней. Диабетическая стопа – одно из частых повреждений. Каждый час в мире происходит 55 ампутаций нижних конечностей у больных сахарным диабетом. По данным статистического отчета диабетическая стопа выявлена у 25% пациентов.

Сахарный диабет вызывает микрососудистое повреждение клубочков почек. Диабетическая нефропатия выявлена у 35% пациентов.

Через 10-15 лет от начала заболевания больные сахарным диабетом сталкиваются с проблемой полинейропатии. У 86% пациентов выявлено данное осложнение.

Ожирение, являясь одной из причин сахарного диабета, так же способствует более тяжелому течению заболевания и развитию осложнений: у 79% пациентов выявлена разная степень избыточного веса.

Известно, что регулярный контроль уровня гликемии снижает частоту развития осложнений сахарного диабета. Самоконтроль уровня сахара крови осуществляют ежедневно 23% пациентов, 1 раз в неделю 24%, контролируют только когда чувствуют себя плохо 39%, не контролируют 14% пациентов.

Ведущую роль в профилактике осложнений и прогнозе заболевания играет соблюдение диетических рекомендаций. Среди респондентов строго соблюдают диету 47%, периодически нарушают 45%, не соблюдают 8%.

Анализ статистических и социологических данных позволяет сделать целый ряд выводов:

Сахарный диабет является актуальной проблемой практической медицины и имеет тенденцию к значительному росту в РФ, в мире, в Самарской области и является одной из частых причин снижения качества и продолжительности жизни. В районе обслуживания ГБУЗ СО «Сызранская городская поликлиника» отмечается рост сахарного диабета на 2% в 2017г., а также числа вновь выявленных случаев сахарного диабета.

Основная доля больных – это инсулиннезависимый сахарный диабет. Пик заболеваемости приходится на возраст с 45 до 60 лет и большая часть больных – это женщины.

Сахарный диабет и сердечно-сосудистые заболевания – неразрывно связанная патология, которая усугубляет микрососудистые поражения органов-мишеней. Отмечается высокая распространенность осложнений сахарного диабета, таких как: диабетическая стопа, полинейропатия, диабетическая нефропатия, ангиопатия сетчатки.

Выявлена недостаточная приверженность пациентов с сахарным диабетом к соблюдению диетических рекомендаций, самоконтролю гликемии.

Учитывая частоту встречаемости сахарного диабета и его осложнений, фельдшер должен активно выявлять факторы риска развития осложнений сахарного диабета, своевременно проводить их коррекцию путем индивидуальных и групповых бесед по питанию, физической активности, самоконтролю АД, веса, уровня гликемии.

Таким образом, сахарный диабет является одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем современного общества. Фельдшер ПМСП несет ответственность за проведение комплекса профилактических мероприятий, в частности при сахарном диабете. Чтобы профессионально

оказывать помощь больным СД, фельдшер должен знать причины развития СД, его осложнений, все проявления и методы компенсации, самоконтроля, хорошо разбираться в проблемах пациента.

Профилактическое консультирование пациентов состоит в том, чтобы:

- информировать пациента о том, что тяжесть заболевания в значительной степени обусловлена возможностью развития осложнений заболевания;

- давать четкие рекомендации по коррекции факторов риска осложнений: диета, физическая активность, самоконтроль гликемии, веса, АД, липидов крови, уход за стопами;

- убедить пациента в необходимости своевременного обращения к врачу в случае развития осложнений;

- рекомендовать обучение пациента в школе диабета.

По итогам исследования созданы памятки для пациентов на темы «Профилактика сахарного диабета», «Сахарный диабет. Диета при сахарном диабете».

### **Список литературы:**

1. Актуальные вопросы терапии и обучения пациентов с сахарным диабетом [Электронный ресурс]: цикл веб-конференций. – 3,41 Кб. – Москва, 2013.

2. Всё про реабилитацию сахарного диабета, [Электронный ресурс] - Режим доступа:<http://www.bestreferat.ru/>, свободный.

3. Всё про сахарный диабет, [Электронный ресурс] - Режим доступа:<http://www.studfiles.ru/>, свободный.

4. Журнал «Лечащий врач», [Электронный ресурс] - Режим доступа:<http://www.lvrach.ru/>, свободный.

5. Медицинский журнал, [Электронный ресурс] - Режим доступа:<http://www.medicalj.ru/>, свободный.



## ПРОФИЛАКТИКА САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ПАЦИЕНТОВ С ПРЕДИАБЕТОМ

*Донцова К. Р., студентка; Слупская И. В. руководитель  
ГАПОУ СО «Саратовский областной базовый медицинский колледж»*

Сахарный диабет (СД) является одной из приоритетных проблем современного здравоохранения, что обусловлено не только ростом числа пациентов с СД, но и высоким риском осложнений и смертности от него [1,4].

Так, по данным Международной диабетической федерации, за последние десять лет отмечено двукратное увеличение числа больных СД и к концу 2017 года их численность составила 425 млн человек, а по прогнозам демографов к 2045 году это число вырастет до отметки 629 млн человек [1,4].

Важную роль в преждевременной сердечно-сосудистой смертности отводится СД 2 типу, который тесно ассоциирован с ожирением.

В настоящее время ожирение стало одной из наиболее важных медико-социальных проблем в мире в связи с его высокой распространенностью и существенными затратами на преодоление его последствий. Именно избыточная масса тела и ожирение ответственны за развитие половины всех случаев СД 2 типа, в 23% случаев приводят к развитию ишемической болезни сердца, способствуют четырехкратному увеличению риска сердечно-сосудистой смертности. Ожирение ассоциировано с некоторыми видами онкологических заболеваний, способствует нарушению репродуктивной функции и раннему наступлению менопаузы [1].

Увеличение массы висцерального жира способствует снижению чувствительности периферических тканей к инсулину и развитию компенсаторной гиперинсулинемии, что приводит в дальнейшем к развитию нарушений углеводного обмена, метаболическим изменениям и формированию артериальной гипертонии [2,5]. В этой связи в последние годы активно изучается ранние этапы нарушений углеводного обмена – преддиабета.

Преддиабет характеризуется наличием инсулинорезистентности и вторичной или первичной дисфункцией  $\beta$  – клеток поджелудочной железы. Именно этот

этап является наиболее оптимальным с точки зрения проведения профилактических мероприятий [3,5].

Широкая распространенность, междисциплинарность проблемы существенно повышают роль фельдшера в раннем выявлении преддиабета, повышении мотивации пациентов к изменению их образа жизни и пищевого поведения, что позволит снизить индивидуальный риск перехода преддиабета в СД 2 типа. По данным современной литературы образ жизни оказывает большое влияние на индивидуальный риск сердечно-сосудистых заболеваний и простое его изменение может значительно снизить риски [2,4].

Представленное клиническое наблюдение демонстрирует возможности раннего выявления преддиабета до развития клинически выраженных изменений углеводного обмена и легло в основу написания выпускной квалификационной работы.

Проведена курация пациентки Д., 19 лет, студентки, жителя сельской местности.

Пациентка росла и развивалась соответственно возрасту, половое созревание своевременное. С 2015г. стала отмечать прибавку массы тела. Спустя два года стала отмечать нарушения менструального цикла с аменореей до двух недель. За медицинской помощью не обращалась. В марте 2018г. впервые обратилась к гинекологу по поводу быстрой прибавки массы тела и нарушению менструального цикла.

При осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Внешних признаков гиперкортицизма не выявлено. Тип оволосения женский. Пальцы и ногти обычной формы, присутствует ломкость. Подкожно-жировой слой выражен избыточно, абдоминальный тип распределения жировой ткани, стрий не обнаружено. Рост 161 см, вес 103 кг, ИМТ – 40 кг/м<sup>2</sup>. ОТ 108 см. Границы сердца не изменены, тоны ритмичные, ЧСС – 72 уд/мин. ЧДД 18 в минуту. АД 125/85мм.рт.ст. на обеих руках при трехкратном измерении с интервалом в пять минут. Печень не выступает из-за края реберной дуги. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет.

При детальном сборе анамнеза жизни нами было обращено внимание на преобладание в пищевом рационе пациентки сладостей и жирных блюд, употребление газированных сладких напитков, нерегулярность употребления пищи. Физические нагрузки низкой интенсивности. У матери ожирение 2 степени, у отца избыточная масса тела. По материнской линии все склоны к полноте.

При целенаправленном обследовании пациентки было выявлено повышение холестерина крови до 6,2 ммоль/л, ТГ крови до 3,0 ммоль/л, ХС ЛПНП до 3,6 ммоль/л. Уровень ХС ЛПВП 1,2 ммоль/л в пределах нормальных величин.

Учитывая наличие ожирения, нарушений менструального цикла проведены дополнительные исследования для оценки состояния углеводного обмена. При проведении теста толерантности к углеводам показатель глюкозы крови натощак составил 5,5 ммоль/л, через 2 часа – 7,8 ммоль/л, что указывает на возможное развитие нарушения толерантности к глюкозе. Дополнительно проведено исследование иммунореактивного инсулина, показатель которого в плазме крови составил 30,29 мкЕд/мл (норма 2,60-24,90 мкЕд/мл), что является отражением гиперинсулинемии. С учетом нормального уровня тощачковой глюкозы крови и уровня иммунореактивного инсулина нами был рассчитан индекс инсулинорезистентности HOMA-IR, показатель которого составил 7,4 у.е. (референсные значения HOMA-IR < 2, 7 у.е.), что свидетельствует о инсулинорезистентности.

По данным современной литературы в оценке риска развития СД 2 типа в группе людей с уровнем глюкозы ниже 7 ммоль/л HOMA-IR более информативен, чем сами по себе глюкоза или инсулин натощак [4].

Так же с учетом имеющегося ожирения и нарушения менструального цикла нами проведен скрининг для исключения гипотиреоза. Уровень ТТГ крови составил 1,2 мкМЕ/мл, что соответствует нормальным значениям.

При выполнении УЗИ органов малого таза патологии не выявлено, нарушения менструально-овариального цикла связаны с выявленным ожирением и синдромом инсулинорезистентности.

Пациентка консультирована эндокринологом и с учетом полученных данных установлен диагноз ожирения 3 степени, абдоминальный вариант. Синдром инсулинорезистентности (преддиабет).

Рекомендовано изменение образа жизни – снижение калорийности пищи с исключением рафинированных углеводов, жиров, нормализацией режима питания и увеличения физической активности. Назначен метформин 500 мг вечером.

Через три месяца при повторном обследовании пациентки отмечено снижением массы тела на 5 кг, при проведении теста толерантности к углеводам отмечалось снижение постпрандиальной глюкозы до 7,4 ммоль/л, уровень глюкозы крови натощак составил 5,2 ммоль/л. Отмечена нормализация менструального цикла. Продолжает прием метформина 500 мг вечером и продолжает здоровый образ жизни.

Таким образом, необходимым условием успешной профилактики СД 2 типа является ранняя диагностика преддиабета.

Одной из важнейших и первостепенных задач, стоящих перед фельдшером, является раннее начало проведения превентивных мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни, что в конечном итоге будет способствовать профилактике сахарного диабета 2 типа, что было показано в данном клиническом наблюдении.

### **Список литературы:**

1. Дедов И.И., Шестакова М.В., Галстян Г.Р. Распространенность сахарного диабета 2 типа у взрослого населения России (исследование NATION). Сахарный диабет. 2016; 19(2):104-12.
2. Джон А. Колуэлл. Сахарный диабет. Новое в лечении и профилактике. Пер. с англ. М. В. Шестаковой, М. Ш. Шамхаловой, М.: Бином, 2014. - 288 с.
3. Забелина В.Д. Преддиабет: неотвратим ли переход в сахарный диабет? Consilium Medicum. 2018; 20 (1): 46-53.
4. Российские клинические рекомендации «Эндокринология». Под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. ГЭОТАР-Медиа, 2016.- с.319-27.
5. Шестакова М.В., Сухарева О.Ю. Сахарный диабет типа 2: легко ли предупредить и можно ли вы вылечить? Consilium Medicum. 2012; 14 (12): 5-9.

## САХАРНЫЙ ДИАБЕТ НЕ БОЛЕЗНЬ, А ОБРАЗ ЖИЗНИ

*Есауленко В.А., студентка; Кошкалда С. А., руководитель  
ГБПОУ «Ейский медицинский колледж»*

Миллионы людей на планете страдают страшным недугом – Сахарным диабетом (СД). Сахарный диабет является острейшей медико-социальной проблемой, относящейся к приоритетам национальных систем здравоохранения практически всех стран мира, защищенным нормативными актами ВОЗ. Драматизм и актуальность проблемы сахарного диабета определяются широкой распространенностью сахарного диабета, высокой смертностью и ранней инвалидизацией больных. Среди больных первым типом большинство пациентов именно дети и молодежь. Традиционно возрастной тип болезни – сахарный диабет 2 типа теперь сильно помолодел.

Распространенность сахарного диабета в России равняется около 6 %. Ученые утверждают, что жители России вплотную приблизились к эпидемиологическому порогу. Сахарный диабет занимает первое место среди эндокринных заболеваний детского возраста. Это заболевание отличается длительным течением с развитием различных осложнений, которые приводят к инвалидизации и сокращению жизни больного.

Заболевание приводит к нарушению всех видов обмена веществ, поражению сосудов, нервной системы, а также других органов и систем[6]. Сахарный диабет бывает двух типов – инсулинозависимый и инсулинонезависимый.

Инсулинозависимый тип, развивается у людей с пониженной выработкой инсулина, чаще в раннем возрасте: у детей, подростков, молодых людей. Основная его причина – вирусная инфекция. Когда вирус попадает в организм человека, то иммунитет распознает чужеродный материал и начинает вырабатывать антитела, которые уничтожают эти вирусы. Но при некоторых особенностях иммунитета после того, как будут уничтожены все вирусы, не происходит "отключения" защитных сил организма, и антитела продолжают

вырабатываться. При этом типе диабета пациент постоянно должен вводить себе инсулин.

Тип 2 – инсулинонезависимый возникает иногда даже при избытке инсулина в крови [1]. Но и при этом типе СД инсулина недостаточно для нормализации уровня сахара в крови. Заболевание появляется в зрелом возрасте, часто после 40 лет. Его развитие связано с повышенной массой тела. При диабете типа 2 иногда достаточно лишь изменить диету, похудеть и увеличить интенсивность физических нагрузок и многие симптомы исчезнут [3].

Этиология и патогенез сахарного диабета помогают разобраться в причинах и механизме развития заболевания. Это позволяет найти оптимальное лечение. Главная причина возникновения недуга – недостаток инсулина в организме человека. Успешное лечение сахарного диабета в полной мере зависит от воздействия на все составные части патогенеза.

Имеется две клинические стадии сахарного диабета: **латентная стадия** сахарного диабета у некоторых больных может проявляться зудом кожи и наружных половых органов, фурункулезом, снижением остроты зрения, признаками гепатита и холецистита. Повышения уровня глюкозы в крови натощак и гликозурии не наблюдается [9].

**Явный (клинический) диабет** характеризуется множеством жалоб и симптомов. Наиболее частой жалобой является сухость во рту и жажда (полидипсия). Характерно обильное выделение мочи (полиурия), суточный диурез может достигать более 6 л. Значительно повышен аппетит (полифагия), что связано с потерей энергии за счет усиленного превращения белков и жиров в углеводы, которые не используются организмом и выводятся с мочой в виде глюкозы. Снижение аппетита наблюдается лишь при декомпенсации процесса, полный отказ от пищи – в прекоматозном состоянии. У больных отмечается общая слабость, исхудание, порой значительное (до 5-6 кг) за сравнительно короткое время. При осмотре ребенка часто обнаруживается сухость кожи со сниженным тургором, шелушение на ладонях, подошвах, голенях и плечах

(следствие обезвоживания), сухая себорея на волосистой части головы, утолщение ногтей. Могут развиваться дерматит, пиодермия и фурункулез в результате присоединения вторичной инфекции при расчесах зудящих поверхностей. При тяжелых формах сахарного диабета нередко отмечается гиперемия кожи в области надбровных дуг, скуловых костей и подбородка (расширение капилляров и артериол в связи с гипергликемией), раздражение в углах рта (гиповитаминоз), молочница и стоматит. Язык сухой, темно-вишневого цвета. Подкожный слой часто развит недостаточно.

Приоритетным направлением медицины является профилактика сахарного диабета. Фельдшер должен объяснить и информировать пациентов, что сахарный диабет является не болезнью, а образом жизни. Стоит отметить пациенту и его родственникам, что повышенная масса тела один из провоцирующих факторов диабета, поэтому необходимо соблюдать режим питания. Диабетическую диету иногда называют низкоуглеводной. Лечебное питание крайне полезно и для профилактики данного заболевания, а получающие лечение пациенты смогут принимать меньшее количество медикаментозных средств. Основными правилами диетотерапии являются: ограничение количества углеводов, в первую очередь легкоусвояемых, уменьшение калорийности рациона, особенно при избыточной массе тела, достаточная витаминизация пищи, соблюдение режима питания. Надо стремиться к тому, чтобы ежедневно принимать пищу в одни и те же часы, 5–6 раз в сутки, не допуская переедания. Следует ограничить сахар, конфеты, варенье, кондитерские изделия, а также изюм, виноград, инжир, – так как имеющаяся в них в больших количествах глюкоза подобно сахарозе быстро всасывается из кишечника в кровь, что приводит к резкому повышению уровня сахара в крови. Фельдшер, рекомендуя больному диету, должен учитывать массу его тела, наличие или отсутствие ожирения, сопутствующие заболевания и, конечно, уровень сахара в крови. Фельдшеру стоит рассказать, что физическая активность улучшает состояние организма и способствует нормализации гемодинамики. Не стоит забывать и о психическом состоянии.

Любой стресс становится причиной резкого повышению давления, что приводит к нарушению углеводных процессов в крови человека. По статистике, именно сердечники чаще всего болеют сахарным диабетом. Фельдшер должен пояснить, что важно научиться избегать стрессовых ситуаций, не контактировать с негативно расположенными людьми. В случае назревания скандала нужно уметь в любой ситуации сохранять спокойствие и держать контроль над своими эмоциями. При необходимости стоит пообщаться с профессиональным психологом, который подскажет, как правильно заботиться о себе [2].

В обязанности фельдшера входит обучение населения, направленное на соответствующее изменение образа жизни, которое может снизить распространенность инсулинозависимого сахарного диабета в популяции. Особое внимание необходимо уделять лицам, входящим в группу риска. Поскольку инсулинозависимый сахарный диабет – аутоиммунное заболевание, его профилактика должна предусматривать воздействие на иммунную систему. Поздние осложнения диабета (слепота, почечная недостаточность, диабетическая стопа.) могут быть предотвращены или отсрочены посредством самоконтроля гликемии и адекватном лечении [5].

Таким образом, изучив теоретические основы сахарного диабета можно сделать вывод, что профилактика сахарного диабета направлена на реализацию профилактических рекомендаций больным сахарным диабетом является: введение активного образа жизни; коррекция режима питания и соблюдение диеты; контроль психологического состояния.

Нужно отметить, что важную роль в профилактики сахарного диабета играет фельдшер, его задачей является проводить активную санитарно-просветительную работу о здоровом образе жизни больным с сахарным диабетом. Помогать в социальной адаптации больным с данным заболеванием и их родственникам, объяснить всю важность соблюдения диеты и контроля за психоэмоциональным состоянием, а так же помочь в сохранении трудоспособности на протяжении всего курса реабилитации.



### Список литературы:

1. Антонова Р. П., Лечебное питание на дому для больных сахарным диабетом и ожирением. - М.: ПрофиКС, 2012. - 240 с.
2. Булышко С. Г., Диета и лечебное питание при ожирении и сахарном диабете. - Москва: Гостехиздат, 2015. – 256 - 260 с.
5. Жуплатов С. Б., Трусов В.В. Особенности гемодинамики при сахарном диабете. - Проблемы эндокринологии.- 2015. – 65 – 70 с.
6. Круглов В. Д., Диагноз: сахарный диабет. - М.: Феникс, 2015. - 192 с.
9. Пигулевская И.Н., Незаменимая книга для диабетика. Все, что нужно знать о сахарном диабете / Ирина Пигулевская. - М.: Центрполиграф, 2017. - 192 с.
10. Питерс-Хармел Э.О., Сахарный диабет: диагностика и лечение [Текст] / Э. 11. Ресненко А. Б., Сахарный диабет у детей и подростков: от патогенеза к лечению / А. Б. Ресненко // Педиатрическая фармакология. - 2016. -125-129 с.

## **САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И ЕГО РОЛЬ В ФОРМИРОВАНИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ НАРУШЕНИЙ**

*Замараева Т. С.*

*Ветлужский филиал Государственного бюджетного профессионального  
образовательного учреждения Нижегородской области  
«Нижегородский медицинский колледж»*

Сахарный диабет является наиболее распространенным эндокринным заболеванием, которое в последнее десятилетие стали называть всемирной неинфекционной эпидемией. Наибольшая опасность этой эпидемии обусловлена взаимосвязью с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений. По данным ВОЗ, по своей распространенности сахарный диабет занимает третье место после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. Причем страшен не сам диагноз, а его осложнения. Истинная численность людей, страдающих сахарным диабетом, превышает официально зарегистрированную в несколько раз. Этим во многом обусловлен факт наличия макро- и микрососудистых заболеваний у больных с впервые выявленным сахарным диабетом второго типа. Сахарный диабет считается одной из основных причин развития сердечно-сосудистых патологий в мире. Среди больных сахарным диабетом 2 типа распространенность ИБС выше в 2-4 раза, риск развития острого инфаркта миокарда в 6-10 раз, а инсультов в 4-7 раз выше, чем среди лиц без сахарного диабета [5].

Хорошо известно, что длительность и качество жизни больных сахарным диабетом определяются развитием и прогрессированием осложнений диабета. Диабетические осложнения возникают только тогда, когда сахарный диабет долгое время не компенсирован и сахар крови длительное время остается повышенным. Возникнув раз, эти осложнения постепенно прогрессируют и существенно снижают качество жизни, сокращают ее продолжительность. Известно, что 60-70% всех случаев смерти от сахарного диабета связаны с сосудистыми осложнениями – инфарктом, инсультом, диабетической гангреной, хронической почечной недостаточностью. Но если диабет хорошо компенсирован, то возникновение и развитие диабетических осложнений

можно свести до минимума или предотвратить. Снижение уровня глюкозы до цифр, близких к нормальным показателям, уменьшает риск развития диабетических осложнений и помогает предотвратить их прогрессирование. Это возможно только совместными усилиями врача и пациента. При хорошей компенсации сахарного диабета наблюдается снижение частоты всех заболеваний, связанных с ним на 12%, заболеваний мелких сосудов (микроангиопатий) – на 25%, инфаркта миокарда – на 16%, ретинопатии – на 21%, нефропатии – на 33%. Для предотвращения развития осложнений сахарного диабета необходимо поддерживать сахар в крови не выше 6,0 ммоль/л натощак, не выше 7,5 ммоль/л после еды, а также следить за другими показателями.

Большое значение в развитии раннего атеросклероза в сосудах сердца имеют специфические нарушения липидного обмена у больных сахарным диабетом второго типа (диабетическая дислипидемия). При атеросклерозе затрудняется кровоток и кровоснабжение органов и тканей, то есть к ним поступает меньше питательных веществ и кислорода. Наиболее опасными являются атеросклеротические изменения в сосудах сердца, последствиями которых могут быть инфаркт миокарда, стенокардия и др. Атеросклероз артерий головного мозга ведет к снижению памяти, развитию инсульта. Последствия атеросклероза в сосудах почек – артериальная гипертензия и др. [1, стр. 3-7]. Доказано, что мелкие плотные ЛПНП являются независимым фактором риска ИБС. Высокой атерогенности мелких плотных ЛПНП способствуют малые размеры частиц, что облегчает их проникновение в сосудистую стенку через слой эндотелия, а также гипергликемия. Несмотря на наличие большого количества гиполипидемических препаратов на российском рынке, по-прежнему остается актуальным вопрос гиполипидемической терапии у пациентов с сахарным диабетом. По данным эпидемиологических исследований, подавляющая часть больных прекращают прием статинов через 6 месяцев. Курсовое лечение предпочитают 26% больных, 83 % больных принимают статины в начальной дозе, и только у 7% больных дозы титруются

для достижения целевых уровней. Среди больных, принимающих статины, 89% не достигают целевого уровня холестерина липопротеидов низкой плотности. И лишь 11% больных достигают этого целевого уровня [5].

Влияние повышения уровня глюкозы в крови на риск развития ишемической болезни сердца доказано многими исследованиями. Имеется достоверная связь между уровнем гликозилированного гемоглобина (HbA1c) и риском развития сердечно-сосудистых заболеваний и смертности. Для более объективного суждения о степени компенсации сахарного диабета был предложен этот показатель – уровень гликозилированного гемоглобина. В организме человека небольшая часть глюкозы в нормальных условиях соединяется с белком крови – гемоглобином, образуя гликозилированный гемоглобин. В условиях гипергликемии возникает избыточное гликозилирование белков, которое может приводить к изменению их свойств. В норме HbA1c присутствует в крови в количестве 4-6 % от общего содержания гемоглобина крови. При сахарном диабете этот показатель превышает 7%. Особенностью этого соединения является высокое сродство к кислороду, поэтому при повышении его содержания в крови у больных сахарным диабетом создаются условия для развития кислородного голодания тканей. При постоянной гипергликемии возрастает процесс связывания глюкозы не только с гемоглобином, но и с другими белками организма (белки свертывающей системы крови, белки мембран эритроцитов, мембран сосудов, хрусталика, базальной мембраны клубочков почки, коллагена, миелина), что может играть значительную роль в нарушении их функций и приводить к свойственным сахарному диабету осложнениям. При увеличении уровня HbA1c на 1% риск развития сердечно-сосудистых заболеваний возрастает на 10%. Уровень HbA1c признан золотым стандартом в оценке гликемического статуса пациентов с диабетом. Гликированный гемоглобин отражает среднюю концентрацию глюкозы в крови за предшествующие 2-3 месяца. Этот показатель объективно отражает компенсацию диабета. У всех пациентов с СД рекомендуется поддерживать уровень гликированного гемоглобина менее 7%. Превышение

цифры сигнализирует о том, что человек плохо адаптирован к жизни с диабетом и его питание, физическая активность и лечение нуждаются в коррекции [5].

Высокий уровень глюкозы в крови, как натощак, так и после приема пищи, приводит к высокому риску смерти от болезней сердца, прежде всего, от инфаркта миокарда. Больные сахарным диабетом в 2-3 раза чаще умирают от болезней сердца и инсультов, слепнут в 10 раз чаще, чем остальные, ампутации конечностей у лиц, страдающих диабетом, проводятся в 20 раз чаще, чем у больных всеми прочими болезнями [4, стр. 169]. Почти у половины больных сахарным диабетом развивается инфаркт миокарда. Протекает он тяжело, так как в сосудах сердца при этом часто образуются тромбы – сгустки крови, которые закупоривают сосуд и мешают нормальному току крови. Кроме того, может снижаться или полностью отсутствовать чувствительность тканей сердца, поэтому начало инфаркта часто бывает безболевым. Бессимптомная гипергликемия является существенным фактором развития ИБС, особенно у женщин. Только в 4% случаев ишемия у диабетиков сопровождается стенокардитическими болями. Безболевые формы инфаркта миокарда наблюдаются в 1/3 случаев, они, как правило, сопровождаются теми или иными симптомами (отеки, одышка, снижение трудоспособности, повышенная усталость и т.д.), а не ишемией. Чем дольше пациент страдает сахарным диабетом, тем выше риск развития ишемической болезни сердца [3, стр.12].

У 20-60% больных сахарным диабетом второго типа обнаруживают повышенное артериальное давление. Многочисленными исследованиями доказано, что риск развития гипертонии как у мужчин, так и у женщин, тесно связан с цифрами сахара в крови. Если гликемия после приема пищи 10-13 ммоль/л, то риск заболеть гипертонией повышается на 25-40% по сравнению с теми пациентами, чей сахар не превышает 7,5 ммоль/л. Высокое давление изнашивает и повреждает кровеносные сосуды, следовательно, этот фактор риска, ведущий к инфарктам, надо контролировать с такой же тщательностью, как и сахар крови. Строгий контроль артериального давления приводит к еще

более значимым результатам, чем только нормализация гликемии (снижается риск ухудшения течения ретинопатии на 34%, риск ухудшения остроты зрения на 47%). Становится понятным обоснованность и важность при компенсации сахарного диабета достижение целевых значений не только показателей углеводного обмена, но и липидного и уровня артериального давления.

Таким образом, сахарный диабет признается основным фактором риска появления заболеваний сердечно-сосудистой системы. Можно сказать, что «сладкая кровь» ядовита: хроническая гипергликемия чревата неизбежными проблемами со здоровьем, она сокращает жизнь. И все-таки сахарный диабет – не приговор, не тупик. Это заболевание требует постоянного контроля и мониторинга состояния пациента с целью выявления и профилактики прогрессирования, как самого заболевания, так и развития его осложнений [2, стр. 11-18]. Тема на сегодняшний день является очень актуальной. Медсестра должна знать, что хотя диабет считается неизлечимой болезнью, но это состояние, с которым больной может жить, соблюдая определенные правила, полноценной жизнью. Необходимо его научить этим правилам.

#### **Список литературы:**

1. Доскина Е.В. к.м.н. Особенности сердечно-сосудистых заболеваний при сахарном диабете. Журнал «Монитор» весна 2010. С. 3-7.
2. Демичева О.Ю. «Сахарный диабет». Академия доктора Родионова. «Эксмо» 2016. С.11-18.
3. Назина Ю.В. «Сахарный диабет». С.12-13. [Электронная библиотека]. – 2012- 2018 booklot. org.
4. Неумывакин И.П. Диабет. Мифы и реальность, Москва-Санкт-Петербург «Диля» 2009.-С.169.
5. Сахарный диабет 2 типа. Проблемы и решения [Электронный ресурс] / Аметов А.С. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.

## ВСЕ О ДИАБЕТЕ

*Иванова Д. С.*

*Государственное бюджетное профессиональное образовательное  
учреждение Ростовской области  
«Ростовский базовый медицинский колледж»*

Диагноз поставлен. Подтверждён данными обследования. Приговор окончательный и обжалованию не подлежит. Страх, смятение, обида – почему это случилось именно со мной (с моими близкими), отчаяние... Психологическое состояние человека, получившего известие о болезни, можно обозначить одним словом – стресс... Каждый из нас по-разному переносит удары судьбы: кто-то опускает руки, уходит в себя, впадает в депрессию, кто-то держится бодро, начинает борьбу за жизнь и здоровье немедленно. Но первая реакция у большинства людей похожа. А потом? Жизнь продолжается: мы вытираем слезы, находим в себе силы успокоиться, обдумываем, спустя какое-то время смиряемся, понимаем, что могло быть и хуже, утешаем себя мыслью о том, что люди как-то живут с этим. Но как? Вот вопрос, которым задаются люди в итоге поисков опоры. Как жить человеку с диагнозом Диабет?

Всемирный день борьбы с диабетом был учрежден Международной диабетической федерацией совместно с Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 1991 году в ответ на обеспокоенность возрастающей частотой случаев заболевания сахарным диабетом в мире.

Всемирный день борьбы с сахарным диабетом отмечается ежегодно 14 ноября – в этот день родился канадский врач и физиолог Фредерик Бантинг, который вместе с врачом Чарльзом Бестом сыграл решающую роль в открытии в 1922 году инсулина – лекарственного препарата, спасающего жизнь людям, больным диабетом.

Логотип Всемирного дня борьбы с диабетом – синий круг, это символ глобальной идеи по лечению диабета. Он был принят в 2007 году. Синий круг в большинстве случаев воспринимается как положительный объект. В разных культурах круг символизирует жизнь и здоровье. Синий цвет отражает небо,

которое объединяет все народы и цвета флага Организации Объединенных Наций. Синий круг означает единство мирового сообщества в борьбе с диабетом. Данное заболевание занимает третье место в мире среди причин ранней смертности, уступая первенство только сердечно-сосудистым и инфекционным заболеваниям [1, стр. 119].

14 ноября 2018 года на базе ГБПОУ РО «Ростовский базовый медицинский колледж» был проведен классный час на тему: «Всё о диабете», где присутствовали студенты 2 курса 5 группы отделения «Лечебное дело».

Цель классного часа – повышение осведомлённости студентов о сахарном диабете, акцентирование внимания на образ жизни при сахарном диабете, а главное на том, как можно предотвратить развитие болезни.

Во время проведения классного часа были использованы такие активные формы и методы обучения как – наглядный и поисково-информационный.

Цель классного часа: содействовать развитию потребности использования в своей профессиональной деятельности принципа «Знать и уметь...».

Задачи:

1. Расширить знания студентов о развитии и влиянии сахарного диабета на жизнь человека.

2. Продемонстрировать роль поведенческих факторов в развитии сахарного диабета.

3. Представить наглядно меры профилактики сахарного диабета.

4. Расширить представления студентов о здоровом образе жизни как важнейшем элементе профилактики болезней.

5. Способствовать формированию у участников классного часа основных понятий по профилактике ожирения, сахарного диабета, роли ЗОЖ, питания и физических упражнений.

В ходе классного часа, активисты группы рассказали об истории болезни и первом зафиксированном факте диабета. На обозрение студентов были предоставлены статистические данные о количестве людей, страдающих



данным недугом в России и за рубежом, наглядно показаны области поражения и воздействие сахарного диабета на организм и т.д.

В результате студенты узнали о мерах борьбы с диабетом, профилактических и лечебных препаратах, помогающие побороть и приостановить болезнь, а так же о нормах содержания сахара в крови у здорового и заболевшего человека.

В современном мире, каждому, кто заботится о своем здоровье, необходимо знать, что прогресс не стоит на месте, что современные электронные приборы могут с легкостью и быстротой оценить содержание сахара в крови совершенно безболезненно, а значит, вовремя предотвратить негативные последствия.

#### **Список литературы:**

1. Интервью с Аметовым А.С. Журнал Consilium Medicum. 2017; 19 (10): 118–122с.

## **РАСШИРЕНИЕ РОЛИ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ПРОФИЛАКТИКЕ И УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С СИНДРОМОМ «ДИАБЕТИЧЕСКАЯ СТОПА»**

*Козак Т. Ю., Коновалова С. В.*

*Государственное автономное профессиональное образовательное учреждение  
«Орский медицинский колледж»*

Сахарный диабет – 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 системы здравоохранения.

Серьезность и актуальность проблемы сахарного диабета трудно переоценить – за последние 15 лет заболеваемость СД в нашей стране, как и во всем мире, увеличилась в два раза. В подавляющем большинстве случаев регистрируется сахарный диабет 2-го типа.

Сейчас в мире 425 миллионов людей с сахарным диабетом – и речь здесь идёт только о зарегистрированных случаях. При этом, исследования подтверждают, что половина людей не подозревают о том, что больны, поэтому реально эта цифра может быть в два раза больше. По прогнозам, к 2045 году в мире будет 629 миллионов людей с диабетом. [2]

По данным Федерального регистра больных на 1 января 2017 года в России зарегистрировано 4 миллиона 348 тысяч человек, больных диабетом. [2]

*Одним из опасных хронических осложнений СД является синдром диабетической стопы (СДС), при котором язвенные дефекты являются наиболее частым проявлением. Тяжелым исходом язвенного поражения стоп является ампутация нижней конечности, которая у больных с СД проводится в 10-30 раз чаще по сравнению со всем населением. После первой ампутации значительно возрастает риск повторной ампутации и смерти. Не смотря на наличие разработанных протоколов, и стандартов, желаемой высокой эффективности лечения язв при СДС в настоящее время достичь, не удастся.*

*Лечение СДС в большинстве случаев остается длительным, трудоемким и высокочастотным.*

В России ежегодно производится около 20000 ампутации в год у больных сахарным диабетом. До 55% больных в течение 5 лет после операции подвергаются повторным более высоким операциям. Каждый второй пациент погибает в течение 5 лет, то есть синдром, диабетическая стопа является тяжелым осложнением сахарного диабета.

Особенность ведения больных с данным заболеванием заключается в том, что главная роль в достижении оптимальных результатов лечения принадлежит самому пациенту. Для этого он должен быть хорошо осведомлен обо всех аспектах заболевания и уметь корректировать схему лечения в зависимости от ситуации. Больным приходится во многом брать на себя ответственность за свое здоровье, а это возможно лишь в том случае, если они соответственно обучены.

По данным литературы, обучение больных СД самоконтролю способствует снижению частоты и длительности госпитализации, частоты и выраженности осложнений. При должной информированности количество ампутаций уменьшается более чем на 50%. В задачи обучения входят:

- улучшение качества жизни;
- снижение числа случаев декомпенсации;
- уменьшение частоты осложнений, приводящих к инвалидности;
- пропаганда осознанного отношения к заболеванию [1].

Обучение – краеугольный камень профилактики первичного и повторного образования язв.

Исходя из актуальности данной проблемы, в 2017 году в рамках работы лекторской группы студентов ГАПОУ «Орский медицинский колледж», было проведено исследование, целью которого явилось изучение уровня знаний пациентов с диабетическим поражением стоп и уровня мотивации пациентов к обучению (на базах хирургических отделений медицинских организаций).

На 1 этапе исследования был проведён анализ госпитализации пациентов с синдромом «диабетической стопы» в медицинские организации города. Для решения данной задачи была проведена сестринская диагностика путем изучения медицинской документации в количестве 65 медицинских карт, пациентов, госпитализированных за 2017 год.

На втором этапе была проанализирована деятельность медицинских сестер хирургического отделения по уходу за пациентами.

Третий этап исследования включал проведение анкетирования пациентов с целью выявления уровня знаний пациентов по вопросам ухода за стопами и оценки качества осуществления сестринского ухода. Уровень знаний о диабете оценивали с помощью специально разработанного опросника. Анкетирование проводилось анонимно. Обрабатывались результаты по каждому вопросу анкеты.

Анализ госпитализации и исхода лечения у пациентов с СДС показал, что за 2017 год с данной патологией было госпитализировано 65 пациентов. Все пациенты поступали в отделение гнойной хирургии в экстренном 19 (29%) человек и плановом 46 (71%) порядке. На момент госпитализации лишь у 10 (15,4%) пациентов СД был компенсирован и уровень гликемии у них составлял 6-8ммоль/л. В стадии декомпенсации углеводного обмена поступило 50(77%) больных.

Характеризуя группу пролеченных больных, необходимо отметить, что длительность заболевания в 30(46%)случаях была более 10 лет и преобладали пациенты со вторым типом сахарного диабета. Среди исследуемых, мужчин было 35(53%), женщин – 30(46%). У 2(3%) пациентов, поступивших с наличием язв и трофических изменений на стопе, был впервые выявлен сахарный диабет. В первые сутки госпитализации 6(9%)пациентам, поступившим в экстренном порядке, выполнены первичные ампутации нижних конечностей на различном уровне.

Большие ампутации выполнены у 9,2 % больных, из них: на уровне голени – у 4,6 %, на уровне бедра – у 4,6 %. Конечность сохранена более чем в 90 %

случаях. Не смотря на успехи в лечении больных сахарным диабетом, синдром «диабетическая стопа» занимает лидирующее место среди осложнений сахарного диабета, приводящий к инвалидизации пациентов.

Затем исследовательской группой была проанализирована деятельность медицинской сестры по уходу за пациентами по следующим направлениям: разгрузка пораженной конечности; осуществление медикаментозной терапии по назначению врача; правильный регулярный уход за язвой; нормализация углеводного обмена; обучение пациентов уходу за стопами.

Анализ показал, что уход за больными, сводится лишь к выполнению технологий медицинских услуг, назначенных врачом. К сожалению, обучению, которое является важным аспектом в уходе за пациентами с синдромом «диабетическая стопа», должного внимания не уделяется.

Этот факт подтверждают также данные проведенного анкетирования среди пациентов. Так выявлено, что основными источниками информации о заболевании являются медицинская литература и интернет – ресурсы. Дисциплинированы в выполнении всех рекомендаций только 34% больных, выполняют их время от времени 46%, не выполняют совсем – 20% респондентов.

Результаты анкетирования свидетельствуют о недостаточном уровне знаний пациентов в области профилактики синдрома «диабетическая стопа», что связано с недостаточным уровнем профилактической работы среднего медицинского персонала, а также о высокой потребности пациентов в дополнительной информации об уходе за стопами, в регулярных консультациях.

Особое внимание должно уделяться подробному разбору профилактических действий и правилам ухода за нижними конечностями, что следует подкреплять наглядными пособиями (плакатами). Необходим индивидуальный подход к больным с разработкой планов профилактики, схем обучения и последующего наблюдения. Нужны занятия с родственниками пациентов. Цель обучения – мотивация пациента к профилактическому уходу

за стопой, выполнению рекомендаций, к проведению самоконтроля и достижению компенсации углеводного обмена.

Наличие необходимых знаний о ежедневном уходе за стопами, правильному подбору обуви, поможет в дальнейшем снизить риск развития диабетической стопы, ампутаций.

Для повышения уровня знаний и навыков саморегуляции диабета, лекторской группой совместно с врачом – хирургом было разработано и внедрено обучающее занятие «Уход за ногами при сахарном диабете». С 2017 года студенты проводят обучение пациентов на базе медицинских организаций города. При изучении эффективности обучения, установлено повышение уровня знаний, а также навыков ухода за стопами.

Подводя итог выше изложенному, необходимо подчеркнуть следующее:

- пациенты недостаточно информированы о правильном уходе за стопами и нуждаются в постоянном обучении;
- важным элементом профилактики синдрома «диабетическая стопа» является создание школ здоровья, на занятиях которых должны акцентироваться ранние клинико-диагностические признаки синдрома «диабетическая стопа», особенности ранней диагностики и приемы адекватного лечения;
- особое внимание должно уделяться подробному разбору правилам ухода за нижними конечностями, что следует подкреплять наглядными пособиями (брошюры, плакаты);
- необходимо проводить занятия с родственниками пациентов.

### **Список литературы:**

1. Туркина Н.В. /канд. мед. наук/, Николаева Ю.В. - Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова
2. Журнал «Медицинская сестра».- N 5, 2011.

## ШКОЛА ЗДОРОВЬЯ: ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

*Кузнецова О. Н.*

*Богородский филиал Государственного бюджетного профессионального  
образовательного учреждения Нижегородской области  
«Нижегородский медицинский колледж»*

Сахарный диабет – глобальная медико-социальная и гуманитарная проблема XXI века, затронувшая сегодня все мировое сообщество. Еще двадцать лет назад количество людей во всем мире с диагнозом «сахарный диабет» не превышало 30 миллионов. За время жизни одного поколения заболеваемость диабетом возросла катастрофически. В настоящее время около 285 млн. человек в мире страдают сахарным диабетом, каждый год количество больных увеличивается на 5-7%, и к 2030 г., как ожидается, этот показатель достигнет 438 млн. [1, стр.132], [3]. При этом диабет неуклонно молодеет, поражая все больше людей трудоспособного возраста.

Сахарный диабет – тяжелое хроническое прогрессирующее заболевание, которое требует медицинской помощи на протяжении всей жизни больного и является одной из главных причин преждевременной смертности. По данным ВОЗ каждые 10 секунд в мире умирает 1 больной сахарным диабетом, то есть ежегодно умирает около 4 миллионов больных – больше чем от СПИДа и гепатита.

Системный подход к борьбе с диабетом – отличительная черта российской государственной политики в области здравоохранения. Однако, ситуация такова, что рост заболеваемости в России, как и в мире в целом, сегодня опережает все принимаемые меры.

Официально в стране зарегистрировано около 3 миллионов больных, однако, по результатам контрольно-эпидемиологических исследований их число не менее 9-10 миллионов. Это означает, что на одного выявленного больного приходится 3-4 невыявленных. Кроме того, около 6 миллионов россиян находятся в состоянии преддиабета.

По оценкам экспертов, на борьбу с диабетом в России, тратится около 280 миллиардов рублей ежегодно. Эта сумма составляет приблизительно 15% от общего бюджета здравоохранения [2].

В нашем колледже в 2000 году по инициативе рабочей группы преподавателей совместно с эндокринологом ГБУЗ НО «Богородская ЦРБ» впервые была организована Школа сахарного диабета, в которой принимали участие студенты колледжа, получавшие знания об особенностях обучения пациентов с сахарным диабетом решению проблем, вызванных данным заболеванием.

В 2001 году Школа сахарного диабета начала сотрудничать с региональной общественной организацией «Нижегородская диабетическая лига» и организовывать обучающие конференции для пациентов. Студенты колледжа работали в международном лагере по обучению детей, страдающих сахарным диабетом, и их родителей.

С 2005 по 2008 год колледж стал партнером Международного проекта «Темпус», в котором участвовали представители Эстонии, Финляндии, Нижегородской медицинской академии и Нижегородской диабетической лиги.

С 2008 года в числе других тематических «Школ здоровья» была реализована школа терапевтического обучения пациентов с сахарным диабетом, работа, которой продолжается в настоящее время.

Социальными партнерами являются: Нижегородская диабетическая лига, терапевтический стационар и поликлиническая служба ГБУЗ НО «Богородская ЦРБ», специализированный дом постоянного проживания пожилых людей и инвалидов, фельдшерско-акушерские пункты и дома культуры Богородского района.

Цели нашей деятельности в рамках проекта:

1. Профилактика и раннее диагностирование сахарного диабета
2. Профилактика осложнений при уже имеющемся сахарном диабете
3. Формирование среди населения обязательности самоконтроля при сахарном диабете



4. Воспитание среди населения чувства ответственности за свое здоровье и жизнь.

5. Предоставление населению необходимой информации и успешное обучение пользования ею для снижения заболеваемости населения сахарным диабетом

Достижение данных целей снизит инвалидизацию больных сахарным диабетом и повысит качество и продолжительность жизни населения.

Для достижения поставленных целей нами определены следующие задачи:

1. Организовать и реализовать скрининг населения на гликемию.

2. Организовать и реализовать обучающие конференции для населения о первичной и вторичной профилактике сахарного диабета.

3. Организовать и реализовать научно-практические конференции для студентов, работников практического здравоохранения для обмена опытом и повышения квалификации нашей помощи населению.

4. Разработать, создать и распространить среди населения памятки с рекомендациями по профилактике сахарного диабета и его осложнений.

Регулярно студенты и преподаватели колледжа являются организаторами выездных семинаров-практикумов для пациентов на территории Богородского района и конференций для средних медицинских работников, в которых принимают участие сотрудники фельдшерско-акушерских пунктов.

Совместно с Нижегородской диабетической лигой ежегодно проводятся «Дни диабета в Нижегородской области», на которых студенты проводят скрининги, участвуют в работе секций. Представители Нижегородской диабетической лиги являются постоянными участниками студенческих научно-практических конференций по терапевтическому обучению пациентов, проводимых преподавателями и студентами колледжа на базе ГБУЗ НО «Богородская ЦРБ».

Представители Школы здоровья принимают участие в городских мероприятиях в рамках Всемирного дня здоровья.

В тесном сотрудничестве с администрацией специализированного дома постоянного проживания пожилых людей и инвалидов была разработана и реализована образовательная программа для населения при активном участии студентов, которые осуществили цикл обучающих занятий с жителями спецжилдома.

Таким образом, результатами нашей работы являются повышение и закрепление знаний о сахарном диабете, его профилактике и профилактике его осложнений; формирование установки у населения на обязательность и необходимость контроля состояния своего здоровья; воспитание среди населения чувства ответственности за свое здоровье и жизнь; подготовка студентов к практической деятельности в качестве компетентного специалиста.

#### **Список литературы:**

1. Качество жизни и здоровье населения: электронный сборник материалов научно-практической конференции, посвященной 90-летию кафедры общественного здоровья и здравоохранения / под редакцией з.д.н. РФ, проф. В.С. Лучкевича. – СПб., 2014. – 351 с.
2. Тарасенко Н.А. Сахарный диабет: действительность, прогнозы, профилактика // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 6: Режим доступа: <http://science-education.ru/ru/issue/view?id=150>
3. International Diabetes Federation // Diabetes Atlas, 4th edition.- 2009

## «ЗЛОЙ САХАР» ИЛИ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ НАСТУПАЕТ...

*Кузьмина О. С., студентка; Арбузова А. А., руководитель  
Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение  
Нижегородской области «Нижегородский медицинский колледж»*

По последним данным 382 млн. человек в мире страдают сахарным диабетом, и этот показатель к 2035 году вырастет до 592 млн. Каждую 21 секунду на планете появляется новый больной сахарным диабетом [3].

В мире много людей, которые страдают диабетом, а есть те, которые даже и не подозревают об этом. Существует много типов диабета: это диабет первого типа, второго, третьего, четвертого, пятого, MODY-2, гестационный диабет и другие его разновидности. Но чаще всего встречаются у людей диабет первого и второго типа. По статистике, среди больных диабетом 5% – больные сахарным диабетом первого типа, а в 95% случаев – больные сахарным диабетом второго типа. Повышение сахара в крови – общий синдром, который объединяет эти два типа. Большое количество людей с сахарным диабетом 2-го типа могут не подозревать о проблеме в течение длительного времени, ведь часто проходят годы, прежде чем первые симптомы сахарного диабета проявятся. Зачастую диагноз устанавливается уже после развития осложнений. Поэтому очень важное значение имеет регулярное обследование так называемой группы риска [1].

**Цель работы** – изучение этиопатогенеза возникновения и развития сахарного диабета среди молодежи.

### **Задачи:**

1. Изучить литературные данные по заболеванию сахарный диабет.
2. Провести анкетирование среди студентов образовательного учреждения на факт выявления риска возникновения заболевания сахарный диабет.
3. Разработать схему профилактических мероприятий для предотвращения возникновения заболевания сахарный диабет.

Сахарный диабет – это заболевание, обусловленное абсолютной или относительной недостаточностью инсулина и характеризующееся нарушением обмена углеводов с повышением количества глюкозы в крови и моче, а также другими нарушениями обмена веществ. К факторам риска развития сахарного диабета относятся избыточная масса тела и ожирение, начальные изменения углеводного обмена, повышенный уровень артериального давления, повышенный холестерин, малоподвижный образ жизни, а также курение и алкоголь [1, 2].

Исследования проводились на базе образовательного учреждения в течение ноября-декабря 2017 г. В анкетировании приняли участие 50 человек, студенты 1 курса в возрасте 17-18 лет.

Наиболее характерными симптомами сахарного диабета являются неутолимая жажда, частое мочеиспускание, особенно в ночное время, быстрая потеря веса, ощущение слабости, усталости, ухудшение зрения, ощущение тяжести в ногах, кожный зуд. Отмечено, что 15 студентов мочатся 10 раз в сутки и более, что составило 30% от числа опрошенных. В норме частота мочеиспускания в среднем 4-6 раз в сутки, поэтому данный факт может уже насторожить.

Чувство жажды, которую невозможно утолить, испытывают 19 человек, что составило 37% от числа респондентов. Жажда, которую невозможно утолить, говорит об отклонениях в крови и нарушениях работы организма. Из-за содержания в высокой концентрации глюкозы крови происходит обезвоживание организма.

Студенты спят в среднем по 5-6 часов – в 62% случаев, 7-8 часов – в 34 % случаев, 9 и более-в 4% случаев (а, как известно, с точки зрения физиологии, в норме сон в среднем 6-8 часов), при этом жалуются на разбитое состояние после сна в 90% случаев или чувство усталости и утомляемости в конце дня в 52% случаев.

При этом чаще всего питание у студентов несбалансированное: перекусы, фастфуды, хотя и 3-4 раза в день, что отмечают 50% респондентов.

С помощью данного анкетирования уже можно говорить о том, что многие находятся в состоянии, так называемого, преддиабета. Конечная цель - не допустить развития диабета у опрошенных с факторами риска.

Выводы:

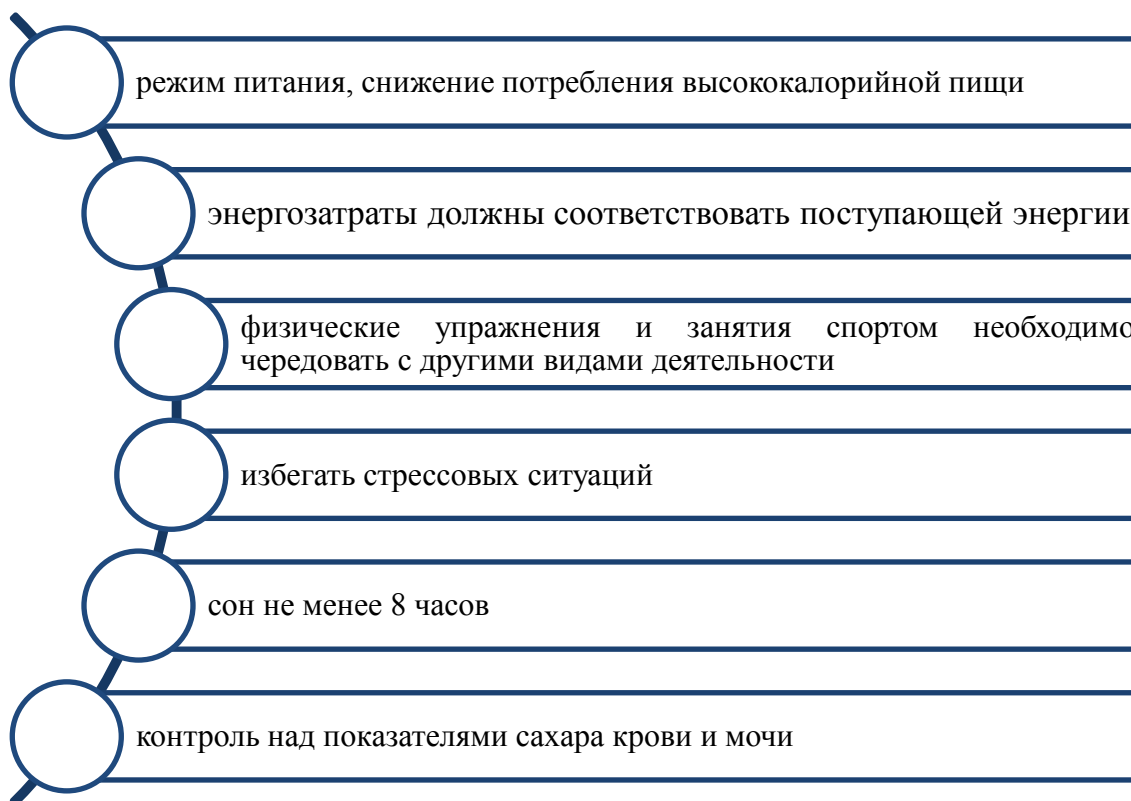
1. При изучении литературных данных установлено развитие заболевания сахарный диабет провоцируется сочетанием наследственной предрасположенности и факторов, влияющих на организм на протяжении жизни: ожирение, гиподинамия, неправильное питание.

2. Решающим фактором, определяющим качество жизни больных сахарным диабетом, является раннее выявление заболевания. Частое мочеиспускание, погрешности в питании (несбалансированность рациона, фастфуды, перекусы), ощущение жажды и сухости во рту, повышенная усталость и утомляемость можно рассматривать, как предвестники сахарного диабета.

3. Чтобы предупредить болезнь, надо изменить свой образ жизни, характер питания, давать телу физическую нагрузку, постараться нормализовать свой вес.

Научно доказано, что диабет неизлечимая, трудно предупреждаемая болезнь. Необходимо проводить профилактику и разъяснительную работу среди населения (схема 1).

В наше время имеется очень много лечебных учреждений, в которых можно пройти обследование по выявлению диабета. Необходимо заинтересовать современную молодёжь в борьбе против этого заболевания, для этого следует как можно ярче и красочней объяснить нынешние проблемы диабетиков. Самоконтроль – основа успешного лечения и профилактика сахарного диабета.



**Схема 1. Профилактические мероприятия в отношении возникновения заболевания сахарный диабет**

**Список литературы:**

1. Аметов, А. С. Сахарный диабет 2 типа: проблемы и решения / А. С. Аметов. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012 - 704 с.
2. Дедов, И. И. Сахарный диабет у детей и подростков: руководство / И. И. Дедов, Т. Л. Кураева, В. А. Петеркова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2007 - 160 с.
3. <https://www.vidal.ru/novosti/14-noyabrya-proshel-vsemirnyj-den-diabeta-5730>

## ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ

*Кукса О. О.*

*Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение  
Нижегородской области «Нижегородский медицинский колледж»*

«Диабет можно сравнить с радиацией:  
он уже убивает, а люди этого ещё не чувствуют»

Демичева О., врач-эндокринолог

Инсулинорезистентность – это нарушение метаболических реакций в ответ на действие инсулина при условии его достаточного количества в организме. Это состояние, при котором клетки преимущественно жировых, мышечных и печеночных структур перестают реагировать на инсулиновые эффекты. Организм продолжает инсулиновый синтез в нормальном темпе, но он не используется в должном количестве. [1.стр.144-152]

По данным ВОЗ, каждый год в мире от сахарного диабета и вызванных им осложнений умирает 2 миллиона человек.

Развитие этого патологического процесса может быть обусловлено следующими этиологическими факторами:

- генетическая предрасположенность – если в семейном анамнезе больного есть случаи диагностирования сахарного диабета, то существенно повышается риск его развития у потомков;
- чрезмерное количество инсулина при лечении сахарного диабета первого типа;
- диета, в составе которой большое количество жиров и углеводов; артериальная гипертензия, которая не лечилась;
- малоподвижный образ жизни;
- длительное соблюдение низкокалорийных диет;
- апноэ во сне; чрезмерное употребление алкоголя;
- нарушения в работе гормонального фона; длительные нервные перенапряжения и частые стрессы.



Все начинается с инсулинорезистентности, что происходит при получении инсулина. Со временем, организм начинает страдать, а если продолжать вводить инсулин дальше могут появиться очень серьезные проблемы со здоровьем. [3.стр.58-61]

Диагностика этого патологического процесса затруднительна, так как длительное время она может протекать вовсе бессимптомно. Кроме этого, присутствующие клинические проявления носят скорее неспецифический характер, поэтому многие больные не обращаются своевременно за медицинской помощью, списывая плохое самочувствие на усталость или возраст. Тем не менее, подобное нарушение в работе организма будет сопровождаться следующими клиническими признаками: сухость во рту, несмотря на постоянную жажду и употребление большого количества жидкости; избирательность в еде – в большинстве случаев у таких больных меняются вкусовые предпочтения, их «тянет» на сладкую пищу; головные боли без видимой на то причины, изредка головокружения; повышенная утомляемость, даже после продолжительного полноценного отдыха; раздражительность, агрессивность, что будет обусловлено недостаточным количеством глюкозы в головном мозге; учащённое сердцебиение; частые запоры, которые не обусловлены режимом питания; повышенное потоотделение, особенно в ночное время суток; у женщин – нарушение менструального цикла; абдоминальное ожирение – скопление жира вокруг



плечевого пояса и в области живота; красные пятна на груди и шее, которые могут сопровождаться зудом. [1.стр.187-203]



Высокий инсулин имеет канцерогенный и мутагенный эффект, поддерживает хроническое воспаление и сопровождает онкозаболевания.

При наличии вышеописанной клинической картины следует незамедлительно обращаться за медицинской помощью. Самолечение, в этом случае, не только неуместно, но и крайне опасно для жизни.[2.стр.43]

Борьба с невидимым врагом может показаться сложной, но существует эффективная работающая тактика. Нормализация веса, регулярная физическая активность и прием прописанных медикаментов могут свести к минимуму негативное влияние инсулинорезистентности и преддиабета — уровень жизни и самочувствие не будут отличаться от здорового человека.

### Список литературы:

1. Аметов А.С. Сахарный диабет 2 типа. Проблемы и решения: Т.2/А.С.Акимов – 3-е изд., перераб. И доп. – Москва: ГЭОТАР – Медиа, 2015.- 278 С.: рис., табл.
2. Майоров А.Ю. Инсулинорезистентность в патогенезе сахарного диабета 2 типа // Сахарный диабет. 2011. № 1. С. 35–43.
3. Сахарный диабет 2 типа / О. М. Смирнова, Т. В. Никонова. – М. : Журнал "Здоровье", 2004. – 64 с. : ил.

## ДИЕТА И СИЛА ДУХА В БОРЬБЕ С ДИАБЕТОМ

*Ларкина Л. Н.*

*ГБПОУ Республики Мордовия «Ардатовский медицинский колледж»*

Сахарный диабет – глобальная медико-социальная проблема ХХ I века. В связи с ежегодным ростом заболеваемости сахарный диабет признан ВОЗ неинфекционной эпидемией.

Многие люди относятся к диабету как к приговору, хотя это далеко не так. При формировании определенного образа жизни можно долгие годы прожить в состоянии компенсации и вести счастливую жизнь.

К высказыванию «диабет не болезнь, а образ жизни» я бы добавила, здоровый образ жизни. Здоровый образ жизни – это важнейшая задача больного сахарным диабетом. Если человек будет придерживаться некоторых правил, он добьется компенсации болезни. Это не значит, что надо во всем себе отказывать. Нормой жизни должна быть умеренность. Человеку с такой патологией нужно кардинально менять привычки и качество жизни в целом. Перед людьми стоит проблема «перекодировки» себя на другой уровень мышления и поведения. [1]

Здоровый образ жизни при сахарном диабете непременно связан с питанием. Диетическое питание крайне важно для того, чтобы все терапевтические мероприятия были успешными.

Здоровый образ питания включает такие принципы:

- никогда не надо пропускать приемы пищи;
- постоянно контролировать вес;
- выпивать не менее двух литров воды в день;
- резко ограничить употребление алкогольных напитков;
- учитывать количество продуктов, отдельно подсчитывая в них количество углеводов;

- ограничить употребление поваренной соли, чтобы избежать переедания и скачков артериального давления.

Каждый продукт имеет свой гликемический индекс (ГИ), который указывает на скорость расщепления и абсорбции углеводов в кровь.

Чем меньше индекс, тем медленнее усваивается продукт, и тем он безопаснее для здоровья диабетика. Углеводы делятся на три типа – простые (с индексом выше 70%), средние (ГИ 50-70%) и сложные (ГИ меньше 50%). Простые углеводы, попадая в желудок, усваиваются очень стремительно, и так же быстро поднимают в крови уровень сахара. Сложные и средние углеводы усваиваются гораздо медленнее, а значит и уровень сахара остается в норме или повышается незначительно. Узнать гликемический индекс каждого продукта можно из специальных таблиц, разработанных диетологами. [2]

**Таблица продуктов питания по гликемическому индексу**

<b>Гликемический индекс</b>	<b>Фрукты/овощи/сухофрукты</b>	<b>Крахмалосодержащие продукты</b>
Высокий	Бананы, изюм, инжир, свекла.	Хлеб из цельной пшеницы, сдобные булочки и булочки, кукурузные хлопья, макаронны, рис, картофель, мюсли с сухофруктами, рафинированный сахар.
Средний	Дыня, абрикос, персики, виноград, манго, киви.	Хлеб из ржаной муки, батат, молодой картофель, белая и красная фасоль, тыква, овсянка, рисовая лапша, отрубной хлеб.
Низкий	Кабачки, огурцы, баклажаны, помидоры, салат, сладкий перец, зеленая фасоль	Макаронные изделия твердых сортов, чечевица, цельнозерновой хлеб, брокколи, спаржа, яблоки, сельдерей, грейпфрут.

[3]

Еще одно важное правило – нельзя морить организм голодом. Суточный рацион женщины должен составлять 1200 ккал, мужчины – 1600 ккал. Разумеется, это средний показатель, и в каждом конкретном случае врач может его корректировать, в зависимости от физической активности и веса пациента.

Основой рациона должны быть овощи (кроме картофеля) – до 900 г в сутки, а дополнять их следует рыбой или нежирным мясом (300 г в сутки), кисломолочными продуктами (до 0,5 л) и фруктами (не более 400 г). Хлеб желательно употреблять с отрубями, а если белый, то немного – 100 г будет вполне достаточно.

Принимать пищу рекомендуется 5-6 раз в день, ужин – не позднее, чем за 2 часа до сна. Желательно есть в одно и то же время, приучая организм к распорядку. Наиболее важен завтрак, поскольку утренняя еда помогает стабилизировать и поддерживать уровень сахара. Блюда можно готовить разными способами, но предпочтительнее все же варить или запекать, а жаренное употреблять не более 3 раз в неделю. [3]

Если трудно удержаться от еды между основными приемами пищи, можно позволить себе перекусить фруктами или специальными диабетическими сладостями.

Обязательно нужно включать в рацион как можно больше разрешенных продуктов. Однообразные блюда быстро надоедают, и придерживаться диеты становится все сложнее. Также стоит периодически готовить одни и те же продукты по-разному, чередуя запекание в духовке с варкой на пару, употребление свежих овощей с вареными и так далее. Чем разнообразнее пища, тем лучше результат.

Итак, при диабете 2 типа разрешено свободно употреблять все продукты, ГИ которых меньше 40%. Продукты с индексом от 40 до 50% также подходят для ежедневного употребления, но должны учитываться, если человек принимает сахароснижающие препараты. Продукты с индексом от 50 до 70% желательно употреблять не каждый день и в умеренных объемах. Продукты, ГИ которых составляет 70-90%, можно включать в рацион только изредка и в очень ограниченном количестве. Все, что имеет индекс более 90%, необходимо полностью исключить из своего меню, так как даже небольшое количество таких продуктов может вызвать осложнения диабета.

Для многих переход на низкоуглеводную диету становится настоящим испытанием, особенно если до этого человек не ограничивал себя в еде. Чтобы привыкнуть к переменам в питании, делать это нужно постепенно, поначалу отказавшись только от самых вредных для диабетика продуктов или уменьшив их количество до минимума.

Также с разрешения лечащего врача допустимо использовать некоторые народные средства, которые положительно скажутся на внедрении нового образа жизни. Это позволит укрепить организм, улучшить обмен веществ и степень сопротивляемости организма. С этой целью применяют специальные настойки, отвары, чаи и другие средства, не являющиеся калорийными и не способствующие увеличению показателей глюкозы в крови.

Я считаю, что больные диабетом, которые управляют своим заболеванием, это дисциплинированные, сильные духом и целеустремленные люди. Болезнь этому учит. В подтверждение приведу выдержки из дневниковых записей и интервью самих пациентов.

Из дневника телеведущей журналистки Лидии Ивановой: «Так получилось, что я вдруг приобрела дорогого друга – сахарный диабет 2 типа. Друг-потому что заставляет задуматься о своем здоровье и понять, что жизнь имеет особенность кончаться» [4,стр.213]

Из интервью А. Н. Яковлева: «Болезнь несет много неприятного и, конечно, лучше вообще без него, но уж если ты научился с ней сосуществовать, то она пробуждает колоссальные внутренние резервы организма, делает психику более мобильной, а душу более восприимчивой» [4, стр.214]

Роза Алексеева: «Диабет – такое специфическое заболевание, которое учит нас, несведущих, правильно относиться к себе, своему организму: не пить, не курить, не есть чрезмерно много, больше двигаться, не делать всего «слишком» и «чересчур». Это известно, вроде бы всем, но человек не всегда держит себя в рамках. Диабетик же невольно обязан придерживаться меры, иначе рискует умереть. Болезнь держит его в ежовых рукавицах.

**Если диабетик живет размеренно и разумно, позитивно относится к окружающему миру, то он проживет интересную, полноценную жизнь»[4,216]**

#### **Список литературы:**

1. <https://diabetsaharnyy.ru>
2. <https://med-explorer.ru>
3. <https://diabet-expert.com>
4. Р.Г.Сединкина, Л.Ю.Игнатюк. Сестринская помощь при заболеваниях эндокринной системы и обмена веществ. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013, 268 стр.

## **ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ ГАПОУ «БУГУЛЬМИНСКОЕ МЕДИЦИНСКОЕ УЧИЛИЩЕ» ПО ОРГАНИЗАЦИИ ТВОРЧЕСКОЙ И ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ**

*Леванова В. В.*

*ГАПОУ «Бугульминское медицинское училище»*

В процессе формирования конкурентоспособного выпускника, в полном объеме обладающего общими и профессиональными компетенциями, важнейшую роль играет самостоятельная работа студентов, в процессе которой студенты получают опыт творческой и исследовательской деятельности. Приобретенные исследовательские навыки в будущем помогут выпускникам успешно решать профессиональные задачи.

В Бугульминском медицинском училище действует медицинское волонтерство. Основная цель медицинского волонтерства – это предоставление возможности студентам – медикам проявить себя, реализовать свой потенциал.

Волонтеры-медики активно участвуют в проведении профилактических акций и различных конкурсах. В рамках Всемирного дня борьбы с диабетом студенты разработали буклеты и листовки для распространения населению, провели беседы «Поговорим о диабете». В апреле 2018 года для участия в конкурсе календарей агитационно-профилактической направленности «Предупрежден - значит, вооружен!» среди студентов средних медицинских и фармацевтических образовательных организаций Приволжского федерального округа была представлена работа – календарь профилактический направленности «Профилактика заболеваний эндокринной системы у взрослых и детей», которая получила высокую оценку.

Студенты принимают участие в работе Школы сахарного диабета поликлиники г.Бугульма и в работе благотворительного фонда «НУР» в проекте «Управляй Диабетом!». Пациенты получают ответы на многие вопросы, возникающие у них при выявлении заболевания и оставаясь «один на один» с диабетом, что позволяет улучшить состояние здоровья пациентам. С участием врача-эндокринолога проводят активный скрининг на сахарный

диабет по спискам групп, обучают пациентов правилам пользования глюкометром, тест полосками.

Большое внимание уделяется профилактике социально значимых заболеваний, в том числе и сахарного диабета. Студентами 3 курса была проведена учебно-исследовательская работа на тему «Анализ заболеваемости сахарным диабетом в г. Бугульма и Бугульминском районе».

Сахарный диабет - это новая неинфекционная эпидемия 21-го века. Темпы роста этой болезни опережают наши самые смелые ожидания. Всего два года назад, в 2015 году, в мире было 415 миллионов больных сахарным диабетом. По прогнозам к 2035 году ожидается увеличение числа больных до 640 миллионов человек. Это масштабы, несравнимые сегодня ни с какими другими заболеваниями. В Республике Татарстан с этой болезнью проживает около 120 тысяч пациентов. Причем количество больных растет с каждым годом. В г. Бугульме количество больных сахарным диабетом составляет 431 человек.

По результатам исследования амбулаторных карт пациентов с сахарным диабетом, было выявлено, что большое количество больных находятся в возрастной группе старше 60 лет, но имеется немалый процент больных трудоспособного возраста. Среди пациентов с сахарным диабетом значительно преобладают женщины, это связано с тем, что женщины имеют дополнительные факторы риска развития сахарного диабета (применение гормональной контрацепции, беременность и другие факторы).

В течение всех лет обучения студенты овладевают методикой научно-исследовательской работы, умением самостоятельно и творчески мыслить, использовать полученные знания на практике, развивают навыки самостоятельной работы с научной литературой, обучаются методике обработки полученных данных, анализу результатов, составлению и оформлению докладов и отчетов по результатам научно-исследовательской работы.



## **ОСОБЕННОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РАМКАХ ШКОЛЫ ДИАБЕТА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ОБРАЗА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

*Логвина С. И., студентка; Елизарова М. К., руководитель  
ГБПОУ «Ейский медицинский колледж»*

Сахарный диабет (СД) – группа обменных заболеваний, характеризующихся гипергликемией вследствие нарушения секреции и/или эффективности действия инсулина. Количество людей, болеющих сахарным диабетом в России, на сегодняшний день насчитывает миллионы и довольно быстро прогрессирует. Медико-социальная значимость проблемы сахарного диабета связана со значительным снижением работоспособности и качества жизни пациентов, развитием у них осложнений с летальным исходом, поэтому тема данной работы является актуальной.

Цель работы: выявить особенности деятельности медицинской сестры в рамках школы диабета для коррекции образа жизни пациентов с сахарным диабетом.

Задачи:

1. Изучить теоретические основы учения о сахарном диабете.
2. Провести сестринское исследование пациентов с сахарным диабетом в условиях поликлиники № 2 МБУЗ МО Ейский район «ЦРБ».
3. Проанализировать особенности деятельности медицинской сестры в рамках школы диабета для коррекции образа жизни пациентов с сахарным диабетом.

Объект исследования: патологический процесс у пациентов с сахарным диабетом.

Предмет исследования: особенности деятельности медицинской сестры в рамках школы диабета для коррекции образа жизни пациентов с сахарным диабетом.

Первые сведения о сахарном диабете появились в III веке до н. э. С ним были знакомы врачи Древнего Египта, Греции, Рима и средневековой Европы.

В 1776 году английский врач Добсон (1731–1784 годы) определил, что сладковатый вкус мочи больных связан с наличием в ней сахара, с этой даты диабет и стал называться сахарным диабетом. В 1921 году удалось получить первый инсулин, а в 1922 году инсулин был использован для лечения больного *сахарным диабетом*. В подавляющем большинстве случаев СД развивается либо вследствие абсолютного дефицита инсулина (сахарный диабет I типа – СД-I), либо вследствие снижения чувствительности периферических тканей к инсулину в сочетании с секреторной дисфункцией  $\beta$ -клеток поджелудочной железы (сахарный диабет II типа - СД-II). Характерны общие для всех типов СД симптомы, связанные с гипергликемией: полидипсия, полиурия, кожный зуд, но при СД-II они очень ярко выражены. Так, на протяжении дня пациенты могут выпивать и выделять до 5-10 литров жидкости. Специфичным для СД-I симптомом, который обусловлен абсолютным дефицитом инсулина, является похудение, достигающее 10-15 кг на протяжении 1-2 месяцев, мышечная слабость, снижение работоспособности, сонливость. Вначале заболевания у некоторых пациентов может отмечаться повышение аппетита, которое сменяется анорексией по мере развития кетоацидоза. Последний характеризуется появлением запаха ацетона (или фруктового запаха) изо рта, тошнотой, рвотой, нередко болями в животе (псевдоперитонит), тяжелым обезвоживанием и заканчивается развитием коматозного состояния.

Сахарный диабет II типа – хроническое заболевание, проявляющееся нарушением углеводного обмена с развитием гипергликемии вследствие инсулинорезистентности и секреторной дисфункции  $\beta$ -клеток, а также липидного обмена с развитием атеросклероза. Поскольку основной причиной смерти и инвалидизации пациентов являются осложнения системного атеросклероза, СД-II иногда называют сердечно-сосудистым заболеванием.

Препараты инсулина жизненно необходимы пациентам с СД-I; кроме того, их получает до 40 % пациентов с СД-II. Основной целью лечения любого типа сахарного диабета является предотвращение его поздних осложнений, чему способствует активный образ жизни, физические нагрузки, занятия спортом,

соблюдение диеты, мотивация к самоконтролю, способность справляться с требованиями к режиму инсулинотерапии и частоте инъекций.

Школа больных сахарным диабетом (далее Школа) создается в составе лечебно-профилактических учреждений с использованием стационарно-непрерывного цикла обучения для группы 5-8 человек продолжительностью 5-7 дней, возможно проведение непрерывных занятий или амбулаторная модель обучения (режим занятий 2 раза в неделю в течение 4-х недель), а также форма дневного стационара. Совершенно недостаточным оказывается получение сугубо теоретических знаний, большее значение все-таки отводится практическим навыкам. Корректировать каждодневные дозы инсулина, соответствующие персональному режиму питания и типу жизни, возможно только при многократных измерениях наличия сахара в крови.

В поликлиническом отделении № 2 МБУЗ МО Ейский район «ЦРБ» проводилось сестринское исследование 36 пациентов с сахарным диабетом I и II типов возрасте от 19 до 79 лет, женщины (61%) и мужчины (39%). В основе исследования – анкета, состоящая из десяти вопросов, при ответе на которые раскрываются особенности образа жизни пациентов. «Не могли отказаться от сладкого» 10 пациентов (28%), «мало двигались» 5 анкетированных (14%), «не следовали режиму дня, стрессы, недосыпания» – 7 пациентов (19%), «была чрезмерная физическая нагрузка» у 8 пациентов (22%), «не всегда принимали назначенные врачом лекарства» 6 пациентов (17%). Данные представлены в диаграмме (рис.1).

Злоупотребление алкоголем, в т.ч. его суррогатами у 5 пациентов (14%), курение у 8 пациентов (22%), игнорирование назначенной врачом лечебной диеты у 11 пациентов (31%), нарушение режима труда и отдыха у 6 пациентов (17%), нарушение режима сна и бодрствования также у 6 пациентов (17%).

Контролируют свой вес 18 пациентов (50%), 18 пациентов (50%) ответили отрицательно.

У 29 пациентов (81%) имелись отклонения от возрастных норм антропометрических показателей.

Не могут пользоваться глюкометром 5 пациентов (42%). Неохотно обсуждают необходимость начала инсулинотерапии 8 пациентов (67%). Не могут рассчитывать хлебные единицы (ХЕ) 11 пациентов (92%), нерегулярно измеряют сахар крови 4 пациентов (33%).

Выяснено, что пациенты не хотят менять размеренный образ жизни: имеют низкую физическую активность, нарушают диету, режим дня, не всегда принимают назначенные врачом лекарства, не контролируют свое состояние, не могут пользоваться глюкометром; неохотно обсуждают необходимость начала инсулинотерапии; не могут рассчитывать хлебные единицы (ХЕ), нерегулярно измеряют сахар крови. Полученные данные составили основу для выявления особенностей осуществления сестринской деятельности в рамках Школы сахарного диабета. В результате был подготовлен материал для занятий Школы, на которых пациенты рассмотрели вопросы по обучению самоконтролю: диагностирование количества сахара в крови, систематическая сдача крови и мочи на анализ, умение грамотно анализировать полученные результаты; умение учитывать физическую активность наряду с режимом питания и рассчитывать хлебные единицы (ХЕ), умение правильно отрегулировать количество доз инсулина, учитывая показания количества сахара в составе крови при разнообразных дневных ситуациях, а также постоянный контроль за массой тела, артериальным давлением, осмотр кожных покровов стоп.

### **Список литературы:**

1. Булышко С. Г., Диета и лечебное питание при ожирении и сахарном диабете. - Москва: Гостехиздат, 2015. – 256 - 260 с.
2. Жуплатов С. Б., Трусов В.В. Особенности гемодинамики при сахарном диабете. - Проблемы эндокринологии.- 2015. – 65 – 70 с.
3. Пигулевская И.Н., Незаменимая книга для диабетика. Все, что нужно знать о сахарном диабете / Ирина Пигулевская. - М.: Центрполиграф, 2017. - 192 с.
4. Фадеев П.А «Сахарный диабет», «Медицина», 2015

## АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА

*Ляхова Л. А.*

*ФГБПОУ «Ульяновский фармацевтический колледж» Минздрава России*

Охрана здоровья населения – важнейшая государственная задача. Сахарный диабет является важной медицинской и социальной проблемой человечества в связи с высокой распространенностью, хроническим и пока неизлечимым течением болезни, возможным развитием опасных осложнений. Всемирная организация здравоохранения ставит сахарный диабет по своей значимости в один ряд с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями.

История диабета начинается вместе с историей человека. О диабете как болезни было известно еще до нашей эры – в Египте, Месопотамии, Греции, Риме. Много десятилетий врачи пытались выявить причины заболевания и методы лечения. В наше время существуют терапии для профилактики сахарного диабета, позволяющие больному при его правильном отношении к лечению полноценно работать в большинстве профессий, создавать семью, путешествовать, в общем – иметь достаточно высокое качество жизни, т.е. физическое, психическое и социальное благополучие.

Сахарный диабет занимает третье место в мире после сердечнососудистых и онкологических заболеваний. По различным источникам, в мире насчитывается от 120 до 180 млн. больных диабетом, что составляет 2-3% от всего населения планеты. По сегодняшним прогнозам каждые 15 лет ожидается двукратное увеличение числа больных.

По странам (в процентном отношении к населению) статистика выглядит приблизительно так: Россия 3-4%, США 4-5%, страны Западной Европы 4-5%, страны Латинской Америки 14-15%. [1]

Десятки миллионов людей страдают не выявленными формами заболеваний, или же у них возможна предрасположенность к болезни, т.к. имеются родственники, страдающие сахарным диабетом.

Сахарный диабет – одно из наиболее распространенных заболеваний, связанное с нарушением углеводного обмена из-за недостаточности выработки инсулина поджелудочной железой. При сахарном диабете образование гликогена в печени и мышцах уменьшается, в результате повышается содержание сахара в крови (гипергликемия) и он начинает выделяться с мочой (глюкозурия). Развитию сахарного диабета способствуют нарушение центральной нервной регуляции (часто после психических травм), расстройства питания, излишнее употребление углеводов, инфекционные болезни, наследственное предрасположение и другие факторы. Причинами заболевания могут быть опухоли, воспаление и склеротические изменения поджелудочной железы. [2]

Различают следующие типы сахарного диабета:

- Сахарный диабет 1 типа (инсулинозависимый). При этой форме заболевания поджелудочная железа человека атакуется иммунной системой, она не способна вырабатывать достаточное количество гормона инсулина, отвечающего за нормальный обмен глюкозы в организме. Среди всех больных сахарным диабетом люди с 1 типом диабета составляют около 10%.

- Сахарный диабет 2 типа (инсулинонезависимый) отличается тем, что ткани и органы больного теряют восприимчивость к инсулину, при этом вырабатываться этот гормон может в нормальных количествах. Из всех случаев сахарного диабета 2 тип встречается у 85-90% пациентов.

- Гестационный сахарный диабет возникает только у женщин на фоне вынашивания плода. Этот вид сахарного диабета от других отличается тем, что после родов может совсем исчезнуть. Заболевание развивается лишь у 2-5% беременных.

- Вторичный диабет – состояние здоровья, когда уровень сахара в крови поднимается из-за других нарушений. Он может быть последствием хронического и тяжелого панкреатита, гормональных сбоев, приема стероидных и других лекарств, повреждения или удаления поджелудочной железы и т.п.

- Латентный сахарный диабет (преддиабет) может проявляться даже у совершенно здоровых и не предрасположенных к этому заболеванию людей. Это состояние может возникнуть на фоне недостаточного или несбалансированного питания, нездорового образа жизни, ожирение, наследственности и др.

Первый и второй типы диабета на сегодняшний день относятся к категории неизлечимых болезней. Однако больные, придерживаясь особой диеты, проводя грамотное лечение и выполняя специальные физические нагрузки, могут долго и нормально жить со своим диагнозом. [3]

Данное заболевание относится к категории заболеваний, для которого лекарственные препараты отпускаются бесплатно из регионального бюджета. Но не всегда есть возможность приобрести лекарственный препарат по льготе, поэтому в аптечном ассортименте имеются лекарственные препараты для приобретения за счет собственных средств.

Был проведен анализ ассортимента лекарственных препаратов для лечения сахарного диабета в аптечной организации, которая расположена в городе Димитровграде Ульяновской области.

Общий ассортимент аптеки составляет в пределах 4500 наименований, из них ассортимент лекарственных препаратов для лечения сахарного диабета – около 45 позиций, что составляет всего 1% от общего ассортимента. Все лекарственные препараты, имеющиеся в наличии, отпускаются из аптеки только по рецепту врача.

Имеющийся для реализации ассортимент представлен лекарственными препаратами со следующими международными непатентованными наименованиями: инсулин – 27%, метформин – 18%, глибенкламид и гликлазид по 16%, глибенкламид + метформин – 11%, глимепирид, глипизид и тиоктовая кислота по 4%.

62% лекарственных препаратов для лечения сахарного диабета, имеющихся в ассортименте аптеки, производятся в Российской Федерации, что

говорит об активном участии аптечной организации в программе импортозамещения.

Анализ ассортимента показал, что достаточно большая доля имеющихся в аптечной организации исследуемых лекарственных препаратов представлена производителями ОАО «Фармстандарт-Лексредства» и ООО «Озон». Из зарубежных препаратов лидирующие позиции занимают немецкие и французские производители.

Анализ цен на лекарственные препараты для лечения сахарного диабета в аптечной организации показал, что минимальная цена установлена на препарат Метформин 500мг № 60 и составляет 95 рублей, максимальная цена установлена на препарат инсулин Апидра СолоСтар и составляет 4072 рублей. Средняя цена препаратов составляет  $2083=50$ .

Проведен анализ продаж исследуемой группы лекарственных препаратов. В среднем за месяц за наличный расчет реализуется 180 упаковок различных наименований. Доля товарооборота от реализации лекарственных препаратов для лечения сахарного диабета в общем товарообороте аптечной организации составляет 5,3 – 5,8%. Такая доля продаж обусловлена, прежде всего, высокой стоимостью этих препаратов.

Проведенный анализ ассортимента в аптечной организации показал, что в наличии имеется достаточный ассортимент лекарственных препаратов для лечения сахарного диабета. Все лекарственные препараты отпускаются по рецепту врача и эта часть ассортимента хорошо реализуется из аптеки и способствует увеличению товарооборота.



## САХАРНЫЙ ДИАБЕТ – НЕ ПРИГОВОР!

*Мазанов Ю. М., студент; Ефимова Т. В., руководитель  
Камышинский филиал ГАПОУ “Волгоградский медицинский колледж”*

Доктор Эллиот Проктор Джослин сказал про диабет: "Лучшее из хронических заболеваний: чистое, редко неприглядное, не заразное, часто безболезненное и поддающееся лечению."

Мы по-разному реагируем на жизненные проблемы. Кто-то предпочитает переживать все в себе, не желая выглядеть слабым в глазах окружающих, а кому-то, наоборот, необходима поддержка окружающих. Говорить или не говорить о том, что у тебя диабет, кому стоит говорить, и если говорить, то как? Эти вопросы часто волнуют людей с диабетом.

Известно, что некоторые стесняются или боятся говорить о своем заболевании, как будто бы это что-то страшное. Также мы сталкиваемся со стереотипами или малой информированностью о заболевании.

В России на начало 2018г по данным Федерального регистра сахарного диабета насчитывается 4,5 млн пациентов с диабетом, из них около 256 тыс. – с сахарным диабетом 1 типа, а детей и подростков – около 33 тыс. У большей части пациентов сахарный диабет 2 типа.

У людей без диабета уровень глюкозы в крови поддерживается в строго определенных пределах и составляет натощак 3,3-5,5 ммоль/л, а после еды не превышает 7,8 ммоль/л.

Хронически повышенный уровень сахара в крови – это и есть СД, который бывает двух типов - инсулинозависимый и инсулинонезависимый.

Большинство людей считают, что диабетики – обязательно полные люди в возрасте. Но инсулинозависимый диабет (1 Тип) развивается чаще в раннем возрасте: у детей, подростков, молодых людей. Основная его причина – вирусная инфекция. Когда вирус попадает в организм человека, то иммунитет распознает чужеродный материал и начинает вырабатывать антитела, которые уничтожают эти вирусы. Но при некоторых особенностях иммунитета после

того, как будут уничтожены все вирусы, не происходит "отключения" защитных сил организма, и антитела продолжают вырабатываться. Начинается атака на клетки собственного организма. При этом типе диабета пациент постоянно должен вводить себе инсулин. Поджелудочная железа вырабатывает недостаточное количество инсулина или практически вообще его не вырабатывает. Глюкоза не может попасть в клетки, ее уровень в крови повышается. Человек начинает испытывать жажду, сухость во рту, выделяет большое количество мочи, теряет вес. В результате этого и происходит похудение. Для того чтобы избавить его от этих симптомов и снизить уровень сахара в крови, необходим инсулин. [1, стр 345]

У большинства людей жизнь до диабета не отличается дисциплиной, правилами и ограничениями. Они наслаждаются каждым днем и мгновением по максимуму. А при диабете важно помнить: если ты что-то берешь через меру, то тебе придется за это платить.

Пусть отрицательным, но стимулом для ведения здорового образа жизни является диабет, где важен план: начал завтракать, ешь небольшими порциями шесть раз в день, регулярно ходи в тренажерный зал, принимай витамины. Естественно, сон тоже важен. После семичасового сна нужно обязательно измерять уровень сахара натощак, потом завтракать и после каждого приема пищи проверять сахар. Перед сном тоже.

Если пациент с сахарным диабетом не следит за уровнем сахара в крови, позволяет ему бесконтрольно повышаться, то в крови и моче появляются кетоновые тела (ацетон), что может привести к потере сознания (кома) и даже смерти. Необходимо научиться управлять собой так, чтобы уровень сахара в крови оставался в пределах нормы и осложнения диабета можно избежать. Поначалу скрупулёзный подсчёт всего съеденного и выпитого, в сочетании с точно рассчитанной интенсивностью физической нагрузки кажется многим утомительным. Но вскоре, приходится смириться с подобной необходимостью и люди с диабетом практически не чувствуют себя ущемлёнными и лишёнными радостей жизни.

Немецкий врач Мишель Бергер любил повторять: "Диабет не болезнь, а образ жизни. Болеть диабетом – все равно, что вести машину по оживленной трассе – надо знать правила движения".

Инсулинонезависимый (2 Тип) – возникает иногда даже при избытке инсулина в крови. Но и при этом типе СД инсулина недостаточно для нормализации уровня сахара в крови. Заболевание появляется в зрелом возрасте, часто после 40 лет. Его развитие связано с повышенной массой тела. При диабете типа 2 иногда достаточно лишь изменить диету, похудеть и увеличить интенсивность физических нагрузок и многие симптомы исчезнут. Если избыток веса превышает 15% – это рискованно. При этом нарушается работа всех органов на клеточном уровне. Страдает сердечно-сосудистая система, повышается артериальное давление. И кроме сахарного диабета появляется целый букет болезней.

Насколько важны занятия спортом для человека с сахарным диабетом? Можно ли поддерживать вес, просто соблюдая диету?

Нет, потому что глюкоза не будет усваиваться мышцами. Регулярные занятия спортом обязательны и входят в лечение.

Не менее важный вопрос, кому рассказывать про диабет. Здесь важно определить для себя круг людей, с которыми ты близко и часто общаешься. Рассказать про диабет лучше тем, с кем сложились доверительные отношения (близкие друзья, родственники, однокурсники). Это необходимо сделать хотя бы для того, чтобы они могли помочь в критической ситуации. Комплексов и стеснений не должно быть никаких. Скрывая от этих людей такую важную информацию, можно подвергнуть риску не только свою жизнь, но и поставить под угрозу благополучие и карьеру другого человека. Представьте, как будет, если окружающие люди не смогут оказать помощь из-за того, что ничего не знали о диагнозе. В любом случае, говорить или не говорить, кому, как и когда, решать только вам. Лучший ориентир в этом случае – ситуация и характер человека. И тут важна даже не степень доверия. Просто вы сами решаете, кому нужно об этом знать. Мне кажется, мы часто сами всё усложняем. «У меня

диабет» – это просто информация для сведения и вашего спокойствия. Кто-то может забыть об этом уже через две минуты, а кто-то испугаться; кто-то будет надоедать вам своим сочувствием или советами, а кто-то правильно поймет и просто поможет, если в этом будет необходимость. Необходимо вырабатывать правильное отношение к возможной реакции окружающих.

Медицинские работники должны стать пропагандистами правильного образа жизни и питания для пациентов с сахарным диабетом. При условии соблюдения всех рекомендаций врача и ведения здорового образа жизни сахарный диабет не принесёт серьёзных огорчений и не помешает вести активную жизнь, полную радостей и открытий. [2, стр 169]

### **Список литературы:**

1. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи 17-е издание [Текст]: учебное пособие / Э.В. Смолева. – Ростов н/Д :Феникс. 2014. – 473с., [1] с. - (Среднее профессиональное образование).

2. Основы профилактической деятельности (ПМ 01) : учебник / Н.Г. Петрова [и др.].- Ростов н/Д : Феникс, 2016.-285[1] с.: ил.- (Среднее профессиональное образование).

## ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА ПРИ ДЕФИЦИТЕ ИНФОРМАЦИИ

*Максимов А. Ю., студент; Патрушева В.А., руководитель  
КОГПОБУ «Кировский медицинский колледж»*

*«... Такие понятия как независимость, равенство и самодостаточность должны быть в полной степени доступны для всех людей с диабетом: детей, подростков, работающих, пожилых и престарелых!»  
(из Сент–Винсентской декларации)*

Когда человек впервые узнает о наличии у него сахарного диабета, он в своем психологическом состоянии проходит несколько фаз: первая – возмущение: почему – я? Затем депрессия, отрицание факта болезни или необходимости лечить ее, меняя весь образ жизни. И лишь потом он понимает, что с этим можно жить. Каждому больному важно понять, что без активного участия болезнь победить нельзя. Жизнь с появлением сахарного диабета не заканчивается, и жить нужно дальше. Поэтому следует научиться радоваться всем ее проявлениям, выполнять определенные правила жизни с диабетом. Необходимо добиваться, чтобы диабет не разрушал здоровье. Надо проникнуться ответственностью за свою будущую жизнь, ведь та дорога, которую избирает больной, и есть его настоящая жизнь. Нельзя идти на поводу у своей болезни, надо стараться держать ее в узде. А в этом поможет знание всех нюансов и особенностей своего заболевания. Чем больше информации о себе имеет больной, тем более вероятно, что он сможет поддерживать свое здоровье в равновесии долгие годы. Поэтому очень важную роль в компенсации сахарного диабета играет обучение пациента. И основная роль в обучении согласно квалификационной характеристике по рекомендации врача (и или с согласования с ним) принадлежит медицинской сестре. Осознание роли медсестры в обучении пациента позволило нам определить в качестве гипотезы при проведении исследования следующее: рекомендации для пациентов с сахарным диабетом II типа при дефиците информации о заболевании и образе жизни с данным заболеванием, позволят пациентам и (его

окружению) восполнить дефицит информации по навыкам «управления своим здоровьем».

Для достижения поставленной цели были определены следующие задачи:

1. Изучить специальную современную медицинскую литературу по теме исследования.

2. Выявить уровень информативности пациентов с сахарным диабетом II типа об образе жизни при данном заболевании.

3. Провести анализ и синтез объема сестринской помощи пациентов с сахарным диабетом II типа при дефиците информации о данном заболевании.

4. Составить рекомендации для пациентов с сахарным диабетом II типа об основных элементах образа жизни с данным заболеванием.

Для реализации поставленных задач нами было проведено исследование методом анкетирования в КОГБУЗ «Кировская городская клиническая больница №1». Для того чтобы оценить уровень дефицита информации по поставленной цели, нами было проведено анкетирование. В анкетировании на первом этапе приняли участие 20 человек, это люди, страдающие сахарным диабетом II типа. Во время анкетирования была отмечена положительная реакция всех респондентов. Исследуемые были заинтересованы как участием в исследовании, так и его результатом.

По результатам анкетирования большинство (70%) опрошенных находятся в возрасте от 50-69 лет., есть и пациенты (10%) в возрасте от 30-39 лет (рис. 1). Большая часть (65%) пациентов, женщины. Большинство опрошенных (50%) ответили, что им давали информацию о заболевании при постановке диагноза, но (25%) считают, что информация недостаточная так как она была сказана быстро и что они не успели ни чего запомнить (рис. 2).

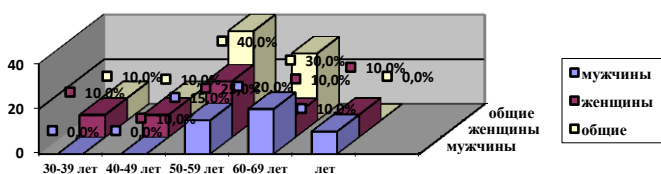


Рис. 1

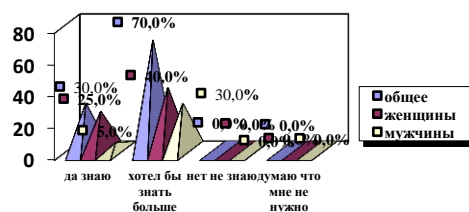


Рис. 2

Проведенное исследование позволило выявить уровень информативности пациентов с СД II типа об объеме организации сестринской помощи при дефиците информации, пациенты сделали свой выбор из предложенного перечня мероприятий согласно теории заболевания. Многие пациенты выбрали несколько вариантов ответов: 64% опрошенных считают, что медицинская сестра должна обучать всем мероприятиям, связанным с определением сахара (глюкозы) в крови и моче. 62% – должна проводить беседы о профилактике осложнений. 38% – хотели бы получить информацию об образе жизни при своем заболевании (рис. 3). И это немало важный факт, так как в последние десятилетия специалисты по профилактике и лечению СД II типа возлагают надежды на изменение отношения самих пациентов к своему здоровью через обучение с мотивацией на строгое соблюдение рекомендаций врача с целью профилактики осложнений данного заболевания. И это проводится строго согласно тактики врача по обучению в «Школе» здоровья пациентов с сахарным диабетом. Мы спросили опрошенных, – соблюдаете ли Вы данные мероприятия в полном объеме? на что получили следующие ответы: 15% – соблюдают в полном объеме. 20% – не соблюдают. 5% – хотели бы соблюдать в полном объеме, но не всегда получается из-за занятости на работе и личными делами (рис. 4).

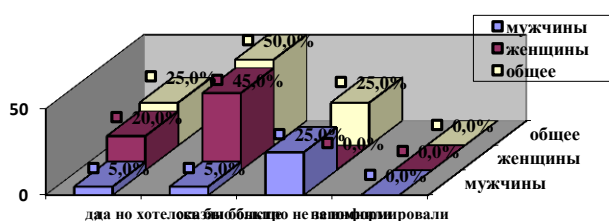


Рис. 3

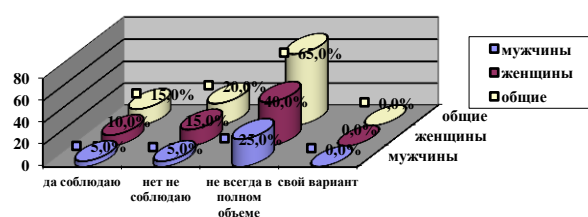


Рис. 4

Таким образом, изучив специальную медицинскую литературу по выбранной теме, мы можем сказать, что сахарный диабет II типа – это хроническое заболевание, поражающее различные системы организма, характеризующееся повышением глюкозы в крови выше нормы при недостаточной информированности и несоблюдении рекомендаций врача.

Заслуживает пристального и постоянного внимания как со стороны врачей и медицинских сестёр, так и со стороны пациентов, так как сахарный диабет способен существенно ухудшать качество жизни и приводить к развитию тяжелых осложнений. А проведенное исследование позволяет сделать вывод, что опрошенные респонденты даже если и имеют информацию, то недостаточную на их взгляд, поэтому хотели бы знать больше, особенно об образе жизни при своем заболевании. А пациенты мужского пола (25%) и вовсе не смогли запомнить информацию, что им дали, потому что ее озвучили очень быстро – «я не успел ничего запомнить». Результаты исследования оправдывают выдвинутую нами гипотезу: рекомендации для пациентов с сахарным диабетом II типа при дефиците информации о заболевании и образе жизни с данным заболеванием, позволят пациентам и (его окружению) восполнить дефицит информации по навыкам «управления своим здоровьем». **Сегодня диабет – это не приговор и люди с таким диагнозом живут полной жизнью.**

#### **Список литературы:**

1. Алгоритм специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / Под ред. И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, А.Ю. Майорова –В.8. – М.: УП ПРИНТ: 2017. – 117 с.
2. Рудницкий Л.В. Диабет: лечение и профилактика. Рекомендации специалиста – СПб.: Питер, 2010. – 128 с.
3. Фадеева А. Диабет. Профилактика, лечение, питание. – СПб.: Питер, 2011. – 176 с.



## САХАРНЫЙ ДИАБЕТ НЕ БОЛЕЗНЬ, А ОБРАЗ ЖИЗНИ

*Медведева Е. Н.*

*ГБПОУ «Ейский медицинский колледж»*

Когда человек узнает, что у него сахарный диабет, то его привычный образ жизни рушится, а диагноз воспринимается, как приговор. Но, в настоящее время диабет можно держать под контролем, и для этого не нужны радикальные осложнения в повседневной жизни.

Диетическое питание, физические нагрузки, трудовая деятельность, отказ от вредных привычек – вот составляющие здорового образа жизни при недуге. Должно быть полноценное взаимодействие с окружающим миром и умеренность во всем. Основная задача – компенсировать заболевание через применение некоторых правил и методов. Каждый больной должен взять себе за правило, дважды, утром и вечером измерять уровень сахара в крови. Зная уровень сахара можно выстроить свой режим дня и диету. После прохождения курсов диабетика, больной начинает понимать нюансы этого коварного заболевания.

### Питание и сахарный диабет

Для успешной терапии соблюдение режима питания – это очень важное условие. Любые другие заболевания имеют отношение больше к лекарственной терапии, но в случае с диабетом дробное питание – это один из эффективных методов лечения. Поэтому нужно выработать привычку принимать пищу не реже 3-5 раз в сутки. Жизнь с диабетом – это строгое соблюдение режима питания и нормального веса, ограничение в употреблении соли, ежедневный прием воды в количестве двух литров, полное исключение алкогольных напитков, регулярные физические упражнения, осознанный выбор продуктов. Задача больного – научиться самостоятельно регулировать поступление, и расходование энергии в организме. Эти мероприятия приносят огромную пользу и могут в значительной степени снизить потребность в лекарственной терапии.

## Трудовая деятельность при диабете

Трудовая деятельность зависит от профессии, которую имеет пациент. Для диабета второго типа ограничений нет, потому что лекарственные препараты и отказ от легкоусвояемых углеводов – это вполне решаемые задачи, когда человек находится на рабочем месте. Исключением является авиация и профессии, в которых присутствует риск для жизни.

Вот с диабетом первого типа посложнее. Приходится выбирать профессию не только по интересам и наклонностям, но и по соответствующему режиму лечения (инъекции инсулина, режим питания). Врачи не рекомендуют работу в горячих цехах, больших физических нагрузок, длительных командировок, частой смены климата проживания, работу на химических заводах, лабораториях, зрительные нагрузки, ночные смены. А вот работа в медицине, педагогике, библиотеке, архиве подходит для соблюдения ежедневного режима.

Важное условие – исключение трудовой деятельности, связанной с постоянными нервно-психологическими нагрузками. Служащие в вооруженных силах, водители различных видов транспорта должны обязательно предупредить работодателя о своем недуге, а при возможности найти такое место работы, чтобы оно не было связано с ответственностью за жизнь и здоровье других людей.

## Здоровый сон и стабильный уровень сахара

Чтобы организм эффективно использовал глюкозу, в помощь идет здоровый сон. Человек, часто просыпающийся во сне, переживает кратковременные остановки дыхания, что ведет к кислородному голоданию, нестабильному артериальному давлению. Люди, спящие менее 8 часов в сутки, имеют чувствительность к инсулину на 40% ниже, чем те, у которых полноценный сон. Из всего сказанного можно сделать один вывод – полезно и необходимо лечь спать пораньше! Но иногда заснуть по собственному желанию не всегда получается. Используйте нехитрые рекомендации для хорошего сна:

1. Старайтесь просыпаться в одно и то же время.
2. Не читайте в постели, не работайте, старайтесь выработать рефлекс «лег – уснул».

3. Не смотрите проблемных передач.

4. Набросайте на бумаге все накопившиеся за день проблемы, разгрузите свою память.

5. Если не получается уснуть, не применяйте усилий, лучше встаньте и выполните какую-то скучную работу. Эти действия утомят и приведут ко сну.

6. При ночных просыпаниях не вставайте с постели. Сон в любом случае придет.

#### Занятия спортом при диабете

Диабетикам обязательно заниматься спортом, но здесь главное не переусердствовать, потому что излишняя нагрузка на сердце понижает сахар и может привести к гипогликемии. Она опасна в краткосрочном периоде: критически низкий уровень сахара может привести к сиюминутной коме. Тяжёлые физические упражнения могут вызвать обратное состояние – гипергликемию. Она вредна в долгосрочном периоде: тоже вызывает кетоацидоз и кому, просто позже, а также приводит к нарушению работы клеток мозга, потере массы тела, проблемам с суставами, заболеваниям эндокринной системы. Все эти особенности, мягко говоря, ограничивают выбор спортивной программы.

Перед тем, как начать регулярные физические занятия, нужно пройти осмотр врача. Тщательное обследование и оценка состояния здоровья помогут разработать идеальную программу физических упражнений.

Тип физических упражнений выбирают в зависимости от состояния здоровья и спортивной подготовки. Начинать лучше с упражнений, которые доставляют удовольствие (например, 10 минут ходьбы). Необходимо дышать глубоко и стараться делать упражнения так, чтобы в них участвовало все тело, например, при ходьбе двигать верхней частью тела и руками. С разрешения лечащего врача можно приступить к занятиям аэробной физической нагрузкой – непрерывными ритмичными упражнениями, которые приводят к повышению частоты сердечных сокращений до 70-80% от максимального для больного показателя не менее, чем за 15-20 минут. Врачи помогут определить

оптимальную частоту сердечных сокращений с учетом возраста и физической подготовки. Физическую нагрузку снижают постепенно до нормализации частоты сердечных сокращений.

Не стоит забывать и о моральной стороне вопроса: любые волнения приводят к колебаниям уровня сахара! Об этом необходимо помнить всегда. Диабет – про умеренность во всём, про постоянный режим сохранения энергии. Про то, что нельзя всё держать в себе, а нужно выговариваться и находить для этого любые доступные способы – с помощью друзей, блогов, психотерапевтов. Это про важность любви к себе и понимание связи тела и духа. Про ежедневную борьбу через поиск баланса. По большому счёту это универсальные человеческие испытания: как известно, всё это непросто, но вполне выполнимо.

#### Вредные привычки и отказ от них

Доказано, что курение существенно усугубляет тяжесть течения сахарного диабета. Приводит к изменениям в крупных периферических кровеносных сосудах, в том числе ног, заканчивающимся обычно ампутацией нижних конечностей. Увеличивается риск инсультов и инфарктов у курящих. Одновременно ускоряется поражение мелких кровеносных сосудов, что влечет за собой быстрое развитие изменений со стороны почек (нефропатия), способствующих вторичной артериальной гипертензии, глаз (ретинопатия), приводящих к слепоте, и нервной системы (нейропатия), вызывающих нарушение чувствительности и постоянные боли. Исследования показывают, что у курящих людей для достижения должного эффекта дозы некоторых лекарств необходимо увеличивать в 2 - 4 раза. Это означает, что во столько же раз может увеличиться риск появления побочных эффектов (а надо сказать, что у курильщиков и без того побочные действия лекарств встречаются на 30% чаще, чем у некурящих).

Бросить курить помогает повышение физической активности, перемена работы, связанной со стрессами, на более спокойную, и любые другие мероприятия, для каждого человека свои, позволяющие уменьшить синдром

отмены при прекращении курения. При прекращении курения шансы больного диабетом на нормальную долгую жизнь возрастают.

Необходимо помнить, что бесконтрольное злоупотребление алкоголем вообще и, особенно, при наличии сахарного диабета, может привести к необратимым изменениям в печени, развитию алиментарного гепатита и цирроза, необратимым изменениям в головном мозге.

Переедание, избыточное употребление быстро усваиваемых углеводов, малоподвижный образ жизни так же являются «вредными привычками» нашего времени.

Благодаря высокой мотивации и обучению управлением сахарным диабетом можно расширить свои возможности, компенсировать заболевание, не допустить грозные осложнения, обрести всю полноту жизни. Обязательно нужно посещать школу сахарного диабета при поликлиниках. Здесь обучат образу жизни быть при сахарном диабете, правильному питанию, порекомендуют физические нагрузки, подскажут как вести себя в той или иной ситуации.

### **Список литературы:**

- 1) Ахманов, М. Диабет. Стратегия жизни / Вектор, 2017.
- 2) Данилова, Н. А. Диабет. Законы сохранения полноценной жизни / Вектор, 2015.
- 3) Николайчук, Л. В. 1000 рецептов больным сахарным диабетом / Книжный дом, 2016.

## ДИАБЕТ. ИСЦЕЛЯЮЩИЕ ПРОДУКТЫ

*Медведева Е. В.*

*ГБУ «ПОО «Астраханский базовый медицинский колледж»»*

Я очень рада, что восходит заря новой эры и наступает время, когда люди вспомнили, что пища не только насыщает, но и обладает целительными свойствами. Правильное питание не менее важно, чем лекарственные препараты, созданные на основе самых последних научных открытий. Но! Слишком много всяких советов! Слишком много диет! Слишком много продуктов, есть которые не рекомендуется и слишком много других продуктов, которые советуют непременно включить в ежедневный рацион! В какой-то момент начинаешь думать, что "ничего не осталось, что можно съесть", а для того чтобы следовать всем рекомендациям, надо иметь, как минимум, высшее образование в области рационального питания. Всё это приводит человека, с набором хронических заболеваний в смятение.

Каждый хотя бы раз в жизни чем-нибудь болел. Болезнь создает массу неприятностей и беспокойства для человека, порождает негативные мысли и эмоции. Узнав о серьезном заболевании, мы долго привыкаем к этой мысли и к тому, что теперь все будет иначе.

Сахарный диабет я назову не просто страшным хроническим заболеванием, а заболеванием миллионов, которое не щадит ни взрослых, ни детей. Без надлежащего лечения эта болезнь способна привести к различным сердечным патологиям, острой почечной недостаточности, потере зрения, нарушений функций жизненно важных органов.

Чем же все-таки бывает вызван диабет? К сожалению, конкретные причины не известны. И, как это бывает при хронических заболеваниях, ни один фактор нельзя считать решающим. Вот, наиболее типичные, на мой взгляд, предрасполагающие факторы риска.

*Наследственность.* Если в семье кто-то болел диабетом, то опасности подвержены члены семьи.

*Полнота.* Диабет II типа часто возникает у людей с чрезмерным весом. Замечено, что когда человек, страдающий диабетом, худеет, то в его состоянии наступает улучшение.

*Вирусы.* Учёные полагают, что они могут создать "благоприятную" среду для возникновения диабета. [1,стр.174]

*Стресс.* Полагаю, что стресс – это пусковая кнопка для многих заболеваний и сахарный диабет этому не исключение.

*Лечение и другие причины.* Считается, что диабет развивается в результате заболевания панкреатитом и развивается вследствие хронического дефицита инсулина, гормона вырабатываемого поджелудочной железой и повышение уровня глюкозы в крови. Сопровождается диабет расстройствами углеводного, белкового и жирового обмена.

На нашей планете под названием «Внимание» золотое слово «Профилактика» имеет весомое значение. В течении уже многих лет диабетикам рекомендуют стандартную диету, в которой бы было очень низкое содержание углеводов. В этом, конечно, есть свой смысл. Если организм не может качественно переработать углеводы, значит, их надо избегать. Теоретически эти соображения правильны, однако, если посмотреть на этот вопрос с практической точки зрения, то здесь имеются свои недостатки.

Конечно, диета с низким содержанием углеводов помогает контролировать количество сахара в крови, но недостаточное потребление углеводов ведет к ослаблению сердечной деятельности. Получается палка о двух концах. Понижаем сахар, ослабляем сердце. Как быть? Бесспорно, нужно ограничивать количества сахара, а вот углеводы, которые содержатся в бобовых, зерновых, овощах, я бы не торопилась исключать из рациона.

В начале семидесятых годов группа врачей из Великобритании во главе с Доктором Андерсоном проводили исследования, когда упор делался на диету, с повышенным содержанием углеводов и пищевых волокон и пониженным содержанием жиров. Диета, продолжавшаяся 3 недели, состояла в основном из цельных растительных продуктов и эквивалента одного-двух небольших кусков холодного мяса в день. Под наблюдением находилось 25 человек,

страдающим диабетом первого типа и 25 больных диабетом второго типа в больничных условиях. Никто из пациентов не имел избыточного веса, и все они подвергались инъекциям инсулина для контроля уровня сахара в крови. И вот какие были результаты:

- новая диета снизила содержание холестерина в крови на 30%, а уровень триглицеридов упал на 15%;
- среднее содержание сахара в крови было снижено у всех;
- пациенты, страдающие диабетом первого типа, смогли снизить дозу инсулинсодержащих медикаментов в среднем на 40%;
- пациенты, страдавшие сахарным диабетом второго типа, соблюдая диету с повышенным содержанием клетчатки и пониженным содержанием жиров, смогли все прекратить прием инсулинсодержащих препаратов!

Результаты впечатляют. И этому я могу дать объяснение.

1. Диеты, богатые крахмалом (но не сахаром), более эффективно помогают организму вырабатывать глюкозу.

2. Еда, богатая растворимым волокном, замедляет всасывание пищи в организм, а это в свою очередь, предотвращает резкие скачки уровня сахара в крови.

3. Когда в питании мало жиров, организм не тратит на него «усилий» и поэтому у него больше возможностей сосредоточиться на переработке углеводов и сахара.

4. Диеты с высоким содержанием волокна и низким – жира способствуют снижению веса человека, а это помогает бороться с диабетом II типа.

Конечно, требуется определенные усилия, дисциплина, воля, чтобы организовать свое питание правильным образом. Можно подумать: а стоит ли утруждаться? Но, прежде, чем принимать решение, примите в расчёт некоторые факты. Контролируя диабет, вы сможете избежать разного рода осложнений, которые, как правило, способствуют этому заболеванию. Они развиваются медленно и могут возникнуть через несколько лет, но они крайне неприятны: сердечные приступы, почечные расстройства, гангрена, слепота. Разве это не основание, чтобы поберечь себя? [1,стр.178] Диабет-это не



простуда, это хроническая болезнь и если путь к исцелению был уже найден в семидесятых годах, то почему бы нам с вами им не воспользоваться, хотя бы даже в качестве первичной профилактики.

И, в завершении я хочу облегчить путь тем, у кого уже есть факторы риска развития сахарного диабета и тем, у кого это хроническое заболевание оказалось намного сильнее их самих.

Где же взять эти чудо-пищевые волокна в наш век рафинированных продуктов? По сути, пищевые волокна – это то же самое, что и клетчатка. Это сложная смесь неперевариваемых волокон, которая входит в структуру растений. [2, стр.129] В ней очень мало калорий. Проходя через пищеварительную систему, клетчатка не расщепляется, а наоборот, творит чудеса, удаляя из нашего организма вредные вещества, такие как холестерол, желчные кислоты, токсины. Попросту говоря, клетчатка чистильщик нашего организма. И самое главное, что она замедляет усвоение углеводов.

По количеству пищевых волокон на первом месте стоят: ржаные и пшеничные отруби, затем овощи и ржаной хлеб, морковь, яблоки, свекла, киви, земляника, малина, рябина, клубника, свежая капуста в сочетании с яблоком и растительным маслом, чернослив, урюк. На втором месте: зелень, кабачок, зеленый горошек, фасоль, перловка, орехи. Но, как всегда должна быть мера, даже в исцеляющих продуктах.

P.S. Эта статья ни в коем случае не является руководством к самолечению. Хотелось бы, чтобы эта информация заставила многих задуматься и задаться вопросом относительно того, как минимизировать риски развития сахарного диабета. А если у вас возникают проблемы со здоровьем, то всегда следует обращаться за помощью к компетентному специалисту.

### **Список литературы:**

1.Энциклопедия натурального питания:/Джудит Бенн Харлей. Издательство «Урал LTD» г.Челябинск, 1996 год, 449 с.

2. Книга о питании «Секреты стройности» :/Огулова Ольга. Издательство «Предтеча» г.Тверь, 2016 год, 390 стр.

## САХАРНЫЙ ДИАБЕТ У ДЕТЕЙ

*Мельникова О. А.*

*Государственное бюджетное профессиональное образовательное  
учреждение Ростовской области  
«Новочеркасский медицинский колледж»*

Медики бьют тревогу и призывают всех людей внимательнее относиться к своему здоровью, чтобы предотвратить заболевание сахарным диабетом, либо успеть начать борьбу с ним на ранней стадии.

В большинстве стран количество заболеваний составляет в среднем 1,5-3 % от общего числа населения, и эта цифра имеет заметную тенденцию к росту. Вот почему на многочисленных совещаниях, посвященных современным вопросам диабетологии, подчеркивается необходимость дальнейшей активизации пропаганды современных достижений эндокринологии, как среди медицинских работников, так и среди всего населения, с охватом всех различных вопросных групп.

Такая пропаганда дает ощутимые результаты. Например, несколько лет назад в США в День диабета, организованный по инициативе диабетической ассоциации, было обследовано 2 млн человек, среди которых выявлено 30 тыс. больных сахарным диабетом, ранее об этом не подозревавших.

Проблеме борьбы с сахарным диабетом должное внимание уделяется Министерствами здравоохранения всех стран. Во многих странах мира, включая Россию, разработаны соответствующие программы, предусматривающие раннее выявление сахарного диабета, лечение и профилактику сосудистых осложнений, которые и являются причиной ранней инвалидизации и высокой летальности, наблюдаемой при этом заболевании.

Сахарный диабет был известен в Древнем Египте еще в 170 году до нашей эры.

1960 год стал значимым в истории сахарного диабета. В этом году была установлена химическая структура человеческого инсулина. А полный его

синтез осуществлен в 1979 году. Это удалось сделать при помощи метода генной инженерии.

Прошло 2 года после открытия инсулина и молодой врач из Португалии задумался над тем, что сахарный диабет – это не просто болезнь, а совершенно особый стиль жизни. Тогда и появилась первая в мире школа для пациентов с сахарным диабетом. Теперь таких школ существует множество. По всему миру пациенты с сахарным диабетом и их родственники имеют возможность получать знания о своем заболевании и учиться вести новый образ жизни.

Актуальность сахарного диабета определяется исключительно быстрым ростом заболеваемости

По оценкам экспертов ВОЗ, число больных на нашей планете, в 2013 году составило 175,4 млн, в 2015 году – увеличилось до 214 млн человек. На сегодняшний день в мире этим заболеванием страдает 371 миллион человек, что составляет 7 процентов от всего населения Земли.

В чем же основные причины всплеска заболеваемости СД на современном этапе?

По-прежнему, на первом месте находится наследственная предрасположенность, которую, к сожалению, мы не можем регулировать. За ней следует гибель бета-клеток островков Лангерганса в результате инфекционных воздействий. А на третьем месте стоит кардинальное изменение образа жизни современного человека.

Во-первых, мы все стали не так питаться, как должно. В нашем рационе больше пищи, связанной с большим жировым и углеводным потенциалом. Мы не соблюдаем режим питания. Питаемся с акцентом на вторую половину дня, вечером, а энергию тратим в основном утром и днём.

Во-вторых, в течение дня обязательно должна быть какая-то физическая нагрузка (бассейн, пробежка, прогулка). Мы потребляем энергии гораздо больше, чем тратим.

И, как следствие этого, развивается ожирение. Многие пациенты эндокринологов рассказывают: как только они похудели всего на несколько килограммов, качество их жизни резко изменилось.

В настоящее время сахарный диабет стремительно молодеет.

3% в год – такими темпами растет количество больных сахарным диабетом 1 типа, который называют «диабетом молодых». Ежегодно в мире диагноз «сахарный диабет 1 типа» ставят 70 тысячам подростков. Мало того, медицинская статистика свидетельствует: диабет 2 типа тоже молодеет.

К сожалению, очень многие люди не знают начальных симптомов сахарного диабета.

В первой половине ноября 2017 года при поддержке Совета при правительстве Российской Федерации по вопросам попечительства в социальной сфере и фонд «Быть вместе» провел опрос около 900 родителей детей, больных диабетом.

Доля детей, которым диагноз сахарного диабета был впервые поставлен только после срочной госпитализации в результате резкого ухудшения самочувствия, составила 40%. Еще 35,6% родителей узнали о том, что ребёнок болен диабетом, только после обращения к врачу в связи повышенной утомляемостью, потерей веса и другими симптомами. Случайно сахарный диабет был обнаружен у 12,7% детей.

Причина обнаружения диабета после госпитализации в том, что родители не знают симптомов заболевания. Родители замечают, что ребёнок худеет и становится вялым, но не сразу понимают, в чем дело. На повышенную жажду многие вообще не обращают внимание. Дети любят пить воду, даже здоровые. Поэтому такие симптомы, как полидипсия и полиурия, просто игнорируют. При этом слабость и повышенная жажда — не начальные симптомы сахарного диабета. Как правило, они свидетельствуют уже о серьёзном нарушении обмена веществ.

В письме Департамента здравоохранения Москвы от 8 ноября 2017 года говорится, что в 2016 году в столице выявлено 467 новых случаев заболевания детей сахарным диабетом первого типа.

Мы провели статистические исследования по заболеваемости сахарным диабетом среди детей от 0 до 14 лет за 2011 – 2014 годы и получили следующие результаты.

Таблица 1. Заболеваемость сахарным диабетом среди детей за 2011 – 2014 годы по Российской Федерации.

Годы	2011	2012	2013	2014
Общее количество больных	16994	17519	18968	19352
Количество больных на 100 тыс. населения	80,0	81,9	87,1	93,1

Таблица 2. Заболеваемость сахарным диабетом среди детей за 2011 – 2014 годы по Ростовской области.

Годы	2011	2012	2013	2014
Общее количество больных	551	626	745	803
Количество больных на 100 тыс. населения	94,1	106,6	133,3	144,2

В нашем городе на 2016 год состояло на учете стоит 35 детей, больных диабетом. 5 лет назад их было 22 человека. Для города это значительный показатель роста заболеваемости. А связан рост числа заболевших детей с различными факторами, в их числе и нездоровое питание. Медицинские работники жалуются, что родители не прислушиваются к рекомендациям, которые дают им врачи, и не выполняют их.

14 ноября прошел Всемирный День борьбы с сахарным диабетом.

Тема Всемирного Дня борьбы с сахарным диабетом 2018 года – «Семья и диабет».

Цель Всемирного Дня диабета в 2018 году:

повышение осведомлённости о диабете с целью своевременного выявления факторов риска и корректировки жизненного уклада. А также информирование населения об особенностях образа жизни при сахарном диабете.

Очень важную роль в компенсации сахарного диабета играет обучение пациента. Больной должен представлять, что такое сахарный диабет, чем он опасен, что ему следует предпринять в случае эпизодов гипо- и гипергликемии, как их избегать, уметь самостоятельно контролировать уровень глюкозы в

крови и иметь чёткое представление о характере допустимого для него питания. К сожалению, ни инсулинотерапия, ни применение пероральных препаратов, ни диета не решают кардинально проблему излечения диабета.

Опираясь на вышеизложенное можно сделать следующий вывод: самоконтроль – основа успешного лечения и профилактика осложнений сахарного диабета. Система самоконтроля включает знание особенностей клинических проявлений и лечения заболевания, контроль за показателями сахара крови и мочи, диетой, массой тела. Развитие системы самоконтроля является на сегодняшний день одним из важных элементов в лечении сахарного диабета. Чтобы пациент с сахарным диабетом мог успешно справляться со своим заболеванием, он должен знать как можно больше о причинах, признаках, осложнениях и лечении заболевания.

#### **Список литературы:**

1. Богданова, О. Большая книга диабетика. Все, что вам необходимо знать о диабете / О. Богданова, Н. Башкирова. - М.: АСТ, АСТ Москва, Прайм-Еврознак, 2013.
2. Бебнева, Ю.В. Диабет. Как облегчить себе жизнь / Ю.В. Бебнева. - М.: АСТ, ВКТ, 2014.
3. Добров, А. Диабет - не проблема / А. Добров. - М.: Книжный дом, 2010.
4. Ермолова, Н.С. Как защитить ребенка от диабета / Н.С.Ермолова. - М.: АСТ, ВКТ, 2009.

## УЧАСТИЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА В ПРОФИЛАКТИКЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА У ДЕТЕЙ

*Микова А.М.*

*ГБПОУ «Чайковский медицинский колледж»*

Так устроена жизнь, что дети не растут без проблем. Страх, паника и отчаяние охватывает родителей при известии, что имеющееся заболевание у любимого чада переходит в хроническую форму.

Сахарный диабет – неизлечимое заболевание обмена веществ детей и взрослых.

Болезнь может настичь кроху как сразу после рождения, так и в более старшем возрасте.

Диабет давно вышел за рамки обычного заболевания. Сегодня его называют эпидемией XXI века.

Современная концепция ведения больных диабетом трактует это заболевание как определенный «образ жизни».

По официальным данным Международной диабетической федерации (IDF, *International Diabetes Federation*) на начало 2018 года 425 млн людей в мире имеют сахарный диабет. По этим же данным, 1 млн 106 тыс. детей и подростков до 18 лет имеют диагноз сахарный диабет 1 типа.

Статистика по России гласит, что 8,5 тыс. подростков имеют в анамнезе сахарный диабет 1 типа. За последние 20 лет детская статистика такова - до 40% новых случаев установки диагноза в год. [3]

Такое большое количество больных говорит о социальных аспектах диабета.

На тему сахарного диабета написано много популярной литературы, в которой, к сожалению, мало затронута тема психологии больных сахарным диабетом, особенно детей и их родителей. А ведь от своевременного решения этих проблем зависит дальнейшее развитие и взросление ребенка.

Первая реакция родителей – «ну и что, ничего страшного». Эта реакция быстро проходит, когда врач говорит, что болезнь неизлечима и необходимо несколько раз в день делать, инъекции инсулина всю оставшуюся жизнь ребенка. Затем наступает этап потрясения, шока. Первые мысли: «Этого не может быть, врач ошибся. Мой ребенок здоров».

Родителям больного ребенка важно понять, что когда они начнут искать причину и задавать себе вопрос: «Почему именно мой ребенок заболел диабетом?», «что я сделала или что я не сделала?» до развития болезни, сахарный диабет все равно бы развился. Чем младше ребенок, тем легче ему и тем тяжелее родителям. [2]

Помимо того, что сахарный диабет – это хроническое заболевание, он еще опасен развитием острых состояний, угрожающих жизни ребенка и требующих интенсивной терапии. Кроме этого, сахарный диабет часто осложняется тяжелыми расстройствами со стороны разных органов и систем организма.

Состояние детей с сахарным диабетом прогрессивно ухудшается при отсутствии адекватной терапии и несоблюдении рекомендаций врача. Во-первых, без лечения у маленьких пациентов быстро проявляются признаки поражения сосудов, которое вызывает нарушения работы почек, сердечно-сосудистой системы, центральной и периферической нервной системы, приводит к снижению остроты зрения. Во-вторых, у детей могут развиваться коматозные состояния, которые часто становятся причиной гибели пациентов с сахарным диабетом 1-го типа. [1]

Назначенное лечение, соблюдение диеты и изменение образа жизни позволяет контролировать сахарный диабет 1-го типа у ребенка. Мамам и папам детей с данным недугом следует научиться учитывать хлебные единицы, чтобы соблюдать режим питания малыша. Кроме этого, родителям необходимо овладеть навыками контроля уровня глюкозы в крови и введения в организм ребенка инсулина. При соблюдении данных условий родители научатся сами и научат своего малыша жить полноценно с сахарным диабетом 1 типа.



У студентов Чайковского медицинского колледжа практические занятия регулярно проходят в детской больнице, где на стационарном и амбулаторном лечении находятся дети с сахарным диабетом 1 типа, вместе с родителями.

Наблюдая за такими семьями, часто приходится сталкиваться с проблемой, что большинство из них имеют дефицит знаний о заболевании, возможных осложнениях, правильном питании, испытывают страх за ребенка. В связи с возникшей проблемой, врачи и медицинские сестры обратились за помощью к студентам с просьбой проводить профилактические мероприятия с родителями и детьми по данным проблемам.

Рассмотрев разнообразие профилактических методов, студенты Чайковского медицинского колледжа определили наиболее приемлемые способы проведения профилактических работ с такими семьями.

Обучающиеся ежегодно выпускают книжки – передвижки, буклеты, брошюры, санбюллетени, памятки для родителей, проводят беседы и принимают участие в школах Сахарного диабета.

Исходя из бесед, студенты конкретизируют будущую тему санпросветработы.

Помимо этого, для сбора дополнительной информации по интересующим вопросам, с периодичностью 1 раз в год в течение 3 лет проводится анкетирование. Вопросы анкеты ежегодно меняются, так как детей и родителей всегда интересует разная информация.

По статистическим данным в Чайковской детской городской больнице на учёте у эндокринолога находится 35 детей, страдающих сахарным диабетом I типа. Из них 10 человек – подростки; 2 человека – дети до 5 лет; 23 человека – дети от 8 до 14 лет.

По объективным причинам анкетирование удалось провести среди 25 человек – 71.4% от числа, имеющих диагноз «сахарный диабет». Из них подростки – 5 человек (20%), 2 человека – дети до 5 лет (в анкетировании приняли участие родители, т.к. опросить детей невозможно) (8%), 18 человек – дети от 8 до 14 лет (в анкетировании также приняли участие родители) (72%).

Согласно полученным данным, информацией о необходимости соблюдать диету при сахарном диабете 1 типа владеют 60% среди опрошенных и 40% не знают о необходимости соблюдения диеты.

28% родителей и детей знают о возможных осложнениях сахарного диабета 1 типа, а 72% не подозревают об опасности.

36% опрошенных понимают, что при изменении образа жизни можно контролировать течение сахарного диабета, а 64% считают, что заболевание и образ жизни не связаны друг с другом.

80% опрошенных ответили, что получили ответы на интересующие вопросы из брошюр, книжек передвижек, санбюллетеней, буклетов; и только 20% отметили, что не нуждаются в данной информации.

Исходя из полученных данных, можно сделать выводы, что дети и родители имеют недостаточно знаний о своем недуге. Меньше половины семей не знают возможных осложнений и не подозревают об опасности. К сожалению, более 60% родителей и детей считают, что нельзя повлиять на заболевание, изменив образ жизни. И основной процент респондентов нуждается в дополнительной информации, консультации и беседах.

Таким образом, по проведенным за 3 года исследованиям о значимости профилактической деятельности студентов медицинского колледжа, можно отметить, что семьи, имеющие детей с сахарным диабетом, нуждаются в дополнительной информации и эту потребность восполняют обучающиеся, находясь на практических занятиях в детской городской больнице.

Участие студентов велико и значимо в профилактике сахарного диабета у детей.

### **Список литературы:**

1. <https://cyberleninka.ru/article/n/rezultaty-anketirovaniya-detey-s-sd-1-tipa-i-ih-roditeley-dlya-otsenki-kachestva-organizatsii-i-okazaniya-mediko-sotsialnoy-pomoschi>.
2. <http://gcmp.ru/> СПб ГКУЗ «Городской центр медицинской профилактики».
3. <https://med.vesti.ru/articles/polezno-znat/ekspertnoe-mnenie-diabet-ne-bolezn-a-obraz-zhizni/>.

## САХАРНЫЙ ДИАБЕТ НЕ БОЛЕЗНЬ, А ОБРАЗ ЖИЗНИ

*Пекина А. А., Овсянкина И. Е.*

*Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение Республики Мордовия «Саранский медицинский колледж»*

По решению Всемирной организации здравоохранения 14 ноября отмечается как Всемирный день борьбы против диабета.

Сахарный диабет относится к категории неинфекционных эпидемий нашего времени. Распространенность его в развитых странах составляет 4-5, а в некоторых и до 10 процентов населения.

Согласно прогнозу ВОЗ, в ближайшие десятилетия ожидается увеличение числа больных в два-три раза. Болезнь развивается от недостатка инсулина или снижения чувствительности к нему клеток организма. Инсулин («инсула» в переводе с латинского означает «остров»), вырабатываемый островками поджелудочной железы, – гормон, который обеспечивает поступление в клетки и окисление главного энергетического продукта – глюкозы. Нарушение этого процесса ведет к снижению жизненной энергии всего организма. Глюкоза скапливается в крови – ситуация голода среди изобилия. В результате снижается жизненный тонус, развивается слабость. Повышение глюкозы в крови (гипергликемия) выше определенного уровня сопровождается сбросом ее в мочу (глюкозурия), что, в свою очередь, приводит к обезвоживанию организма, жажде. Дефицит инсулинового эффекта влечет также нарушение образования белка, ферментов, других гормонов, антимикробных антител. В итоге снижается сопротивляемость к инфекциям, замедляется заживление ран, развивается дистрофия сердца, мышц, других тканей и органов. Нарушается также жировой обмен, в крови скапливаются продукты неполного обмена веществ, поражающие стенки крупных и мелких сосудов, питающих сердце, мозг, глаза, почки и т.д. В дальнейшем на фоне нарушения энергетики тканей развиваются инсульты, полиневриты, трофические язвы, стенокардия, инфаркты, слепота.

Ну, а если это все же произошло, как не впасть в отчаяние? – Прежде всего взять на вооружение тезис: «Диабет – не болезнь, а образ жизни». Состояние больного базируется на трех китах – диете, стабильной физической активности и адекватной медикаментозной терапии. К сожалению, значительная часть больных недостаточно строго соблюдает эти правила, довольствуясь лишь удовлетворительным самочувствием. Они не контролируют показатели обмена веществ доступными для самоконтроля средствами, несмотря на то, что отклонения в углеводном, белковом, жировом обмене влекут постепенное прогрессирование болезни. Развиваются осложнения, инвалидность, потеря трудоспособности, укорачивается жизнь. Современному же больному лаборатория не нужна, он может заниматься самоконтролем у себя дома, используя тест-полоски. Есть и приборы-глюкометры. Подчеркну: самоконтроль необходим постоянный, а не раз в месяц в поликлинике. На мой взгляд, диабет лишь тогда можно побороть, превратив его из болезни в образ жизни, когда знаешь о нем все или практически все.

Как человек может распознать у себя симптомы диабета, на что обратить внимание?

Основными признаками сахарного диабета являются сильная жажда, постоянное чувство голода, частое мочеиспускание, ощущение слабости, усталость, быстрая потеря веса даже при хорошем аппетите, затяжное течение инфекционных заболеваний, медленное заживление ран, падение температуры тела ниже средней отметки, судороги икроножных мышц. Часто развитие диабета сопровождается сильной сухостью и шелушением кожи, зудом кожных покровов и слизистых.

При обнаружении у себя некоторых признаков, которые могут предполагать развитие диабета, лучше сразу обратиться к врачу и пройти необходимое обследование.

По каким критериям устанавливается диагноз?

Существуют стандарты нормального уровня сахара. Проводятся измерения сахара натощак и после еды. Измеряется глюкоза в нескольких единицах – в моль/л и в мг/дл.

Нормальным уровнем сахара в цельной крови натощак считается 3,3 – 5,5 ммоль/л (59,4-99 мг/дл). Через 1,5-2 часа после еды сахар должен быть не выше 7,8 ммоль/л. В моче не должно быть следов сахара. Если же значения глюкозы выше нормы, то можно говорить о нарушении толерантности к глюкозе и необходимо пройти дальнейшее обследование, в результате которого врач установит или опровергнет диагноз.

Статистика.

Сахарный диабет это мировая проблема более 230 миллионов человек в мире страдает диабетом, что составляет уже 6% взрослого населения мира. К 2025 году количество людей страдающих этим заболеванием возрастёт вдвое. Смерть по причине диабета и его осложнений происходит каждые 10 секунд. Диабет уносит более 3 млн. жизней в год. К 2025 году самую большую группу больных в развивающихся странах составят пациенты зрелого, наиболее работоспособного возраста. Средняя продолжительность жизни детей, страдающих сахарным диабетом, не превышает 28,3 года от начала заболевания.

Среди больных сахарным диабетом 10-20% составляют больные с первым (инсулинозависимым) типом диабета. Мужчины и женщины болеют этим заболеванием примерно одинаково.

Диабет считается третьей из наиболее частых причин смерти в индустриально развитых странах. Сосудистые осложнения сахарного диабета являются причиной ранней инвалидизации и высокой летальности. Смертность от болезней сердца и инсульта у больных сахарным диабетом в 2-3 раза, слепота в 10 раз, нефропатия в 12-15 раз, а гангрена нижних конечностей почти в 20 раз чаще, чем среди населения в целом.

Уровень заболеваемости сахарным диабетом в современной России вплотную подошел к эпидемиологическому порогу. Сложившаяся ситуация

впрямую угрожает национальной безопасности нашей страны. По официальным данным, в России зарегистрировано более 2,3 миллионов больных диабетом; по оценкам экспертов, их в 2-3 раза больше. Это – неинфекционная эпидемия! Россия, наряду с Индией, Китаем, США и Японией, входит в пятерку стран с наибольшей заболеваемостью диабетом. В России более 16 тыс. детей, 10 тыс. подростков и 280 тыс. взрослых с сахарным диабетом 1 типа, жизнь которых зависит от ежедневного введения инсулина. Еще больше больных со 2 типом их насчитывается 2,5 млн. из которых более 200 детей, 230 подростки и 2.5 млн. взрослых.

Как все же уберечься от диабета? – Принципы профилактики просты и давно известны – рациональное питание, физическая активность, психогигиена, исключение стрессов. Увы, в последние десятилетия резко снизилась физическая активность населения. На работе – сплошная автоматизация, дома – вечера на диване у телевизора. Кроме того, из программ радио и телевидения исключена утренняя зарядка, упразднена и производственная гимнастика на работе. Выход один – самостоятельно компенсировать эти потери. Я мечтаю о времени, когда здоровый образ жизни станет культом россиянина, и тогда мы сумеем преодолеть многие недуги, в том числе и сахарный диабет.

### **Список литературы:**

1. Ахманов М.С. Диабет-не приговор : О жизни, судьбе и надеждах– СПб. : Невский проспект, 2015
2. Аметов, А. С. Сахарный диабет 2 типа. Проблемы и решения : Т. 2 / Александр Сергеевич Аметов. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 278 с. : рис., табл. - Библиогр. в конце главы
3. Баранов В. Г. Руководство по внутренним болезням. Болезни эндокринной системы и обмена веществ; Государственное издательство медицинской литературы - М., 2015. - 304 с.

## **ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ФОРМИРОВАНИЮ У СТУДЕНТОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ**

*Першикова Н. С.*

*Урюпинский филиал ГАПОУ "Волгоградский медицинский колледж"*

С целью формирования умения проводить профилактические мероприятия, в частности занятия в диабет – школах, систематически с 2007 года, на базе кабинета "Лечение пациентов терапевтического профиля" ведутся учебные занятия по темам: "Что такое сахарный диабет?", "Самоконтроль при сахарном диабете" "Особенности инсулинотерапии", "Внезапные осложнения сахарного диабета", "Отдаленные осложнения сахарного диабета", "Особенности ухода за ногами при сахарном диабете"[1,8].

В чем ценность этих занятий? Студенты самостоятельно отбирают материалы для занятий с населением (сотрудниками и студентами филиала), изучают основы сестринской педагогики, под контролем преподавателя тренируются выступать перед аудиторией, получают навыки: во-первых, доступного, дозированного изложения подготовленного материала. К примеру, на занятии диабет – школы по теме "Особенности ухода за ногами при сахарном диабете" студентами представляется информация для слушателей по проблеме "Диабетическая стопа", объясняется, с чем связан высокий риск её развития, почему обязательны упражнения для ног, можно ли заниматься спортом в случае высокого риска повреждения стоп. На занятии по теме "Самоконтроль при сахарном диабете" выясняют, для чего необходим самоконтроль, ведение дневника и диспансеризация? [3,5].

Во-вторых, студенты получают навык составления презентаций, как результат применения метода проектов, коллективного творчества преподавателя и студентов. С помощью современных графических и видео технологий мультимедийных презентаций обеспечивается: наглядность, позволяющая продемонстрировать основы самоконтроля, инсулинотерапии, ухода при сахарном диабете; интерактивность, необходимая для непосредственного воздействия на ход презентации; информационная емкость, дающая возможность в одной мультимедийной презентации разместить большой объем графической, текстовой и звуковой информации;

эмоциональная привлекательность, которая дает возможность представить информацию не только в удобной для восприятия последовательности, но и эффектно сочетать звуковые и визуальные образы, подбирать доминирующие цвета и цветовые сочетания, которые создадут позитивное отношение к представляемой информации.

В-третьих, особое внимание уделяется обучению слушателей, когда студенты выступают в роли обучающего и получают педагогический опыт, например: обучают пациентов самоконтролю; дают рекомендации по обращению с инсулином, обучают правилам введения инсулина с помощью инсулинового шприца и шприц – ручки, уходу при сахарном диабете, профилактике развития осложнений сахарного диабета (острых и поздних). Учат, как выявить риск образования язвы стопы, правильно выбрать обувь, осматривать стопу, ухаживать за ногами, оказывать первую помощь, демонстрируют слушателям упражнения для ног[2]. В течение всего занятия осуществляется обратная связь: задаются вопросы для закрепления, предлагается самостоятельное выполнение элементов ухода в игровой форме[4]. Самое главное – студенты учатся аргументировано отвечать на поставленные аудиторией вопросы. В конце занятия делаются выводы и даются рекомендации, раздаются памятки пациентам с сахарным диабетом[6,7]. Успех обучения определяется формированием мотивации больных, использованием обратной связи, тренировки и повторения.

Приобретенные умения способствуют формированию таких профессиональных значимых компетенций как:

- понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес;
- осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития;
- использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности;
- самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение квалификации;



- ориентироваться в условиях смены технологий в профессиональной деятельности.

Это в значительной мере влияет на процесс профессиональной адаптации, повышает ответственность за здоровье граждан, способствует развитию ответственного отношения к собственному здоровью и облегчает участие студентов в волонтерском движении по пропаганде здорового образа жизни, профилактике социально значимых заболеваний.

Студенты, занимающиеся в школах здоровья, при защите ВКР демонстрируют глубокие знания, аргументированность.

Работа кабинета и проведение на его базе открытых занятий диабет – школы помогает не только смоделировать условия будущей профессиональной деятельности, но и добиться осознания студентами, необходимости постоянно учиться, и стремиться к профессиональному и личностному росту, что делает будущего специалиста конкурентно способным на рынке труда.

#### **Список литературы:**

1. Федеральный закон “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” № 323 (21 ноября 2011 г.): [Принят Государственной Думой 1 ноября 2011 года]: офиц. текст: ( Российское законодательство).

2. Приказ МЗ социального развития РФ N 748 об утверждении стандарта медицинской помощи больным с инсулиннезависимым сахарным диабетом: принят от 11.12.2007г.

3. Приказ МЗ РФ №1006н об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения: принят от 03.12.2012г.

4. Бриско, П.К. Диабет. Вопросы и ответы: учебник/ П. К. Бриско – М.: ”Эксмо” 2013. – 320 с.

5. Морозова, Т. А. Сахарный диабет: учебник/ Т. А. Морозова.— Волгоград: “Учитель” 2009. – 32с.

6. Румянцева, Т. М. Диабет. Правильный диагноз: учебник/ Т. М. Румянцева.— СПб.: “Литера”. 2012. – 364с.

7. Терентьев, В. П. Как жить с сахарным диабетом: учебник/ В. П. Терентьев. – М.: “Медицина”. 2013г. 360с.

8. Школа здоровья для людей с сахарным диабетом [Электронные ресурсы]: учебное пособие–Режим доступа://bezinsulina.ru/simptomu-lechenie/shkola-saharnogo-diabeta. Ru (дата обращения 21 ноября 2018г.).

## **РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ФОРМИРОВАНИИ ЗНАНИЙ И УМЕНИЙ ПАЦИЕНТОВ В РАМКАХ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ПО САХАРНОМУ ДИАБЕТУ**

*Позднышева Л. П., Березнева М. В., Карамышева Ю. А., студентки  
Першикова Н. С., руководитель  
Урюпинский филиал ГАПОУ “Волгоградский медицинский колледж”*

Сахарный диабет без преувеличения занимает одну из самых важных страниц мировой медицины как заболевание, связанное с высоким уровнем человеческих и экономических затрат. По определению экспертов Всемирной Организации Здравоохранения, “Сахарный диабет – проблема всех возрастов и народов”, что обусловлено его широкой географической распространенностью, исключительно быстрым ростом заболеваемости, высокой смертностью от его осложнений, которые, раз возникнув, постепенно прогрессируют, существенно снижая качество жизни и сокращая ее продолжительность.

В последние годы практически во всех странах мира отмечается неуклонный рост заболеваемости и распространенности сахарного диабета, что позволило зарубежным авторам квалифицировать эти процессы как новую эпидемию XXI века.

Учитывая, что в школе здоровья по сахарному диабету у пациентов формируется ответственность за сохранение своего здоровья, рациональное и активное отношение к здоровью, мотивация к оздоровлению, соблюдению режима лечения, то актуальность выбранной темы исследовательской работы очевидна.

Объект исследования: организация профилактической работы медицинской сестры в рамках Школы здоровья.

Предмет исследования: деятельность медицинской сестры по формированию знаний и умений в рамках Школы здоровья по сахарному диабету.

Цель исследования: определить роль медсестры в формировании знаний и умений в рамках Школы здоровья по сахарному диабету.

В соответствии с поставленной целью были определены следующие задачи:

- провести анализ источников современной литературы по данной проблеме;

- выявить факторы, влияющие на эффективность занятий в Школах пациента по сахарному диабету и установить взаимосвязь между качеством работы медсестры по обучению пациентов и снижением риска развития осложнений;

- раскрыть значение деятельности медицинской сестры в формировании знаний и умений пациентов в рамках школы пациента по сахарному диабету.

Результаты анализа различных источников, включая интернет ресурсы, свидетельствуют о том, что повышение качества медицинской помощи способно привести к повышению качества жизни населения в целом, как пациентов, так и медицинского персонала.

Согласно современной концепции здоровья, привлечение пациента к решению его собственных проблем является актуальным на сегодняшний день. Эти задачи решают «Школы здоровья». Цель таких Школ – повышение мотивации и улучшения выполнения пациентами рекомендаций, формирование партнерских отношений с медицинским работником в лечении, реабилитации и профилактике, их взаимовыгодное сотрудничество [7].

По мнению экспертов ВОЗ, эффективность любой программы обучения может быть обеспечена только при ее правильной организации [5]. Школа больных сахарным диабетом создается в составе лечебно-профилактических учреждений на функциональной основе.

В ходе исследования было выяснено: во-первых, в настоящее время роль среднего медицинского персонала заключается в использовании современных технологий, профилактике и формировании медицинской активности населения. В связи с чем, медицинские сестры должны уметь применять методы проведения профилактической работы с населением, способы и приемы популяризации здорового образа жизни, организовать обучение больных и их родственников, что в настоящее время реализуется через работу школ сестринского обучения [3,стр.27]; во-вторых, чрезвычайно ответственной

частью профилактической работы медицинской сестры является ведение школ для пациентов. Конечной целью любой школы является подготовка больного к самостоятельному управлению своим здоровьем, улучшение качества жизни, стабилизация течения заболевания, снижение количества осложнений, в третьих, в задачи медицинской сестры, ведущей школу, входят разъяснение в доступной форме механизм развития заболевания и его осложнений, возможностей немедикаментозного лечения, обучение методам самоконтроля за своим состоянием, приемам оказания самопомощи[6]. Обучение пациента управлению хроническими заболеваниями приобретает особый смысл и становится частью ежедневной работы.

Находясь на первом этапе просветительской деятельности, медицинская сестра старается установить активное эмоциональное воздействие и в максимально щадящей форме объяснять возникшую проблему у пациента [4,стр.39]. Медицинская сестра помогает пациентам быть вовлечёнными в обучающий процесс и вносит свой личный вклад в профилактику СД, удовлетворённость пациентов лечением. Обучение в школе проходит в форме чередующихся теоретических и практических занятий, на которых медсестра играет роль наставника.

В зависимости от решаемых задач форма работы также может быть разной: индивидуальной, групповой, массовой. В процессе просветительской деятельности медицинские сестры могут использовать различные средства: видео – и аудиоматериалы, информационные буклеты, памятки, плакаты.

Предложенная программа занятия в школе здоровья для пациента направлена на информирование пациента о заболевании сахарный диабет, а также обучения инсулинотерапии, самоконтролю уровня сахара в крови, принципам правильного питания при сахарном диабете.

Медицинская сестра является творчески мыслящим, активным членом лечебной бригады, её задачи формировать у пациента чувство ответственности за своё здоровье перед собой и родственниками.

С целью выявления основных факторов, влияющих на эффективность занятий в школах пациента по сахарному диабету, нами было проведено анкетирование пациентов, посещающих занятия в школе пациентов поликлиники для взрослых ГБУЗ Урюпинская ЦРБ. При ранжировании факторов, влияющих на эффективность занятий, они были распределены следующим образом: на первом месте – педагогические способности медицинской сестры и профессиональная компетентность (95% респондентов); на втором месте – формирование благоприятной психологической обстановки (85% респондентов); на третьем месте использование презентаций и видео сюжетов, наглядных пособий (80% респондентов).

В ходе интервьюирования, респондентами было отмечено, что ведущая роль в профилактической работе в школах для пациентов принадлежит медицинской сестре, так как именно она помогает пациентам быть вовлечёнными в обучающий процесс, вносит свой личный вклад в формирование ответственного отношения у пациентов к собственному здоровью, снижает риск развития осложнений СД. 75 % респондентов удовлетворены качеством работы медсестры.

При проведении анализа развития осложнений у пациентов с сахарным диабетом II типа, мы выяснили, что за последние пять лет отмечается тенденция к незначительному снижению всех осложнений СД. Это происходит благодаря развитию профилактического направления медицинской помощи, предоставлению льготных лекарственных средств пациентам, находящимся на диспансерном учете.

Таким образом, раскрыта ведущая роль медицинской сестры в формировании знаний и умений пациентов в рамках Школы здоровья по сахарному диабету; выявлена взаимосвязь между качеством работы медицинской сестры по обучению пациентов и снижением риска развития осложнений сахарного диабета, что в значительной мере улучшает качество жизни пациентов.

## Список литературы:

1. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон РФ [принят от 21 ноября 2011г.] //Собрание законодательств РФ. № 323 С. 127-143.
2. Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с инсулиннезависимым сахарным диабетом, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 1 августа 2007 г. № 514 : Приказ МЗ социального развития РФ N 748 // принят от 11.12.2007г.
3. Терентьев В. П. Как жить с сахарным диабетом: учебник/ под ред. Терентьев В. П. – М.: “Медицина”. 2013г. 336-360с.
4. Филина С. Н., Сахарный диабет. Практические советы: учебник/ под ред. С. Н., Филина.— Волгоград. “Учитель”. 2010г. – 80-114с.
5. Сахарный диабет [Электронный ресурс]: научная статья. – Режим доступа: [//s-diabet.ru/profilaktika-saharnogo-diabeta/](http://s-diabet.ru/profilaktika-saharnogo-diabeta/)(дата обращения 17.11.2018 ).
6. Сахарный диабет [Электронный ресурс]: научная статья. – Режим доступа: [// www.zdorovieinfo.ru](http://www.zdorovieinfo.ru) (дата обращения 22.11.2018 ).
7. Школа здоровья для людей с сахарным диабетом [Электронные ресурсы]: учебное пособие–Режим доступа:[//bezinsulina.ru/simptomu-lechenie/shkola-saharnogo-diabeta. ru](http://bezinsulina.ru/simptomu-lechenie/shkola-saharnogo-diabeta.ru) (дата обращения 15.11.2018).

## САХАРНЫЙ ДИАБЕТ – НЕ ПРИГОВОР, А ОБРАЗ ЖИЗНИ!

*Полудницына Е. В., студентка; Медведева Е. Н., руководитель  
ГБПОУ «Ейский медицинский колледж»*

Диабет – это не приговор, а образ жизни! Но для полноценной жизни нужно себя ограничивать и соблюдать рекомендации врача. Всего в мире на данный момент насчитывается более 400 млн. человек больных сахарным диабетом. В нашей стране их более 4 млн. по прогнозам ВОЗ за 20 лет эти цифры могут удвоиться.

Что же это за заболевание сахарный диабет? Сахарный диабет – это заболевание эндокринной системы, обусловленное абсолютной или относительной недостаточностью в организме инсулина – гормона поджелудочной железы, в результате чего развивается гипергликемия (стойкое увеличение содержания глюкозы в крови).

Значение слова «диабет» с греческого языка – «истечение» это мочеизнурение, расстройство, выраженное обильным выделением мочи. Следовательно, понятие «сахарный диабет» обозначает «теряющий сахар». В данном случае отображается главный признак болезни – выведение сахара с мочой. Как минимум 25% людей, страдающих диабетом, не знают о своем заболевании. Они спокойно занимаются делами, не обращают внимания на симптомы, а в это время диабет постепенно разрушает их организм.

Высокий уровень сахара в крови способен вызвать дисфункцию практически всех органов. Высокий уровень сахара может стать причиной возникновения различных заболеваний, разной степени тяжести.

Которые выражается в:

- Ожирении.
- Засахаривании клеток.
- Интоксикации организма с поражением нервной системы.
- Поражении кровеносных сосудов.

- Развитии второстепенных заболеваний, поражающих головной мозг, сердце, печени, легких, органов ЖКТ, мышц, кожи, глаз.

- Проявлениях обморочных состояний, комы.

- Летальном исходе.

Одна из самых основных причин возникновения диабета является нарушение общего функционирования эндокринной системы организма, основанное на дефиците инсулина – гормона, вырабатываемого поджелудочной железой, либо на неспособности печени и тканей организма в должном объеме перерабатывать и усваивать глюкозу.

Так же может подействовать предрасположенность, передающаяся по наследству. Если у человека есть в роду диабетики, то он имеет определенный риск тоже получить данное заболевание, особенно, если будет вести неправильный образ жизни. Причинами развития сахарного диабета даже у тех, у кого нет к нему предрасположенности, могут стать:

- Неправильное питание и злоупотребление сладким.
- Стрессы и различные психоэмоциональные нагрузки.
- перенесенное тяжелое заболевание.
- Нарушение работы печени.
- смена образа жизни.
- Лишний вес.
- Тяжелый труд.

Есть несколько правил, как жить нормальной и полноценной жизнью даже с таким заболеванием. Одно из них это диета, придерживаясь, ее вы даже не заметите свое заболевание. Для начала необходимо принимать пищу в течение дня 5-6 раз небольшими порциями (каждые 2-3 часа). Рацион должен быть разнообразным, но содержать меньше калорий. Не стоит забывать соотношение белков, углеводов и жиров должно быть сбалансированным. А также объем получаемых с пищей калорий должен быть равен энергетическим затратам.

Правильное питание заключается в том что бы:

- Употреблять в пищу как можно больше разнообразных овощей и фруктов.



- Выбирать продукты из цельного зерна вместо тех, что прошли обработку.

- Включить в свой рацион бобы и чечевицу.

- Минимум 2-3 раза в неделю добавляйте в меню рыбу.

- Выбирать нежирное мясо, курицу и индейку, и снимайте с нее кожу.

- Покупать обезжиренные молочные продукты (молоко, йогурты, сыр).

- Обратить внимание на то, что напитки должны быть без сахара и подсластителей.

- Для приготовления пищи лучше использовать подсолнечное масло вместо сливочного.

- Отказаться от высококалорийных закусок и десертов (чипсов, печенья, пирожных, мороженого).

Немало важным в поддержании своего организма выступают физические нагрузки. Они оказывают общее оздоравливающее действие, улучшая качество жизни, снижая риск сердечно – сосудистых болезней и смертность от них. Они помогут поддерживать организм в тонусе.

А также способствуют:

- Улучшению физического и психического состояния.

- Нормализации обмена веществ и кровяного давления.

- Способствуют снижению веса, улучшению показателей липидного обмена.

- Снижению уровня сахара в крови.

- Повышению чувствительности клеток к инсулину. Простым способом понижения сахара крови является – увеличение количества белка при физической нагрузке. Для достижения максимального результата необходимо придерживаться некоторых основных правил:

- Занятия спортом должны быть достаточно продолжительными.

- В крови необходимо поддерживать оптимальную концентрацию гормона инсулин.

- Изначально глюкоза не должна быть чрезмерно высокой.

Лечебной физкультурой необходимо заниматься ежедневно.

Разработан небольшой комплекс упражнений, он достаточно прост в выполнении и хорошо скомбинирован для достаточной нагрузки.

#### *Ходьба на месте*

Необходимо поднимать поочередно колени и опускать их, имитируя ходьбу. В среднем, продолжительность ходьбы от 2 до 4 минут.

#### *Шаги*

Следует встать ровно и опустить руки. Далее, делают шаг назад левой ногой, поднимают руки вверх и при этом глубоко вдыхают. На выходе руки опускают и возвращаются в исходную позицию. То же самое проделывают с правой ногой. Шаги при сахарном диабете второго типа можно повторять 5 раз подряд.

#### *Приседания*

На вдохе необходимо сделать дугу вперед выпрямленными руками. На выдохе дугу делают вниз и приседают. Далее, следует:

- Вдохнуть и встать, сделав дугу вперед.
- Поднять руки вверх и выдохнуть.
- Опустить руки к плечам, вдохнуть, а затем вниз и выдохнуть.
- Комплекс движений повторяют от 6 до 8 раз.

#### *Повороты с наклонами в сторону*

Повороты с наклонами в сторону. Кисти рук следует поставить на талию, а затем руки выпрямляют и разводят в стороны. Налево нужно повернуться таким образом, чтобы правая рука оказалась перед грудью. Вправо упражнения повторяют по такому же принципу. После этого, нужно наклониться и достать правой рукой левую ногу. Потом упражнение повторяют в обратную сторону и принимают исходную позицию. Количество повторений от 6 до 8.

Также достаточно простыми и не сложными дозированными физическими нагрузками выступает пеший туризм, игры с мячом, бадминтон,

гимнастические упражнения, плавание, катание на велосипеде, коньках и лыжах. Не стоит забывать и про танцы, плавание.

В заключение хочется добавить не стоит жить болезнью, какой бы она не была. Нужно просто научиться с ней жить!

### **Список литературы:**

1. Древаль А. В. «Учебник диабетика», «Медицина», 2015
2. Стаценко М.Е., Косицына А.Ф. «Сахарный диабет», «ГЕОТАР-медиа», 2016
3. Фадеев П.А. «Сахарный диабет», «Медицина», 2015
4. Верткин А.Л. «Сахарный диабет», «ГЕОТАР-медиа», 2017
5. «Сахарный диабет — симптомы, первые признаки, причины, лечение, питание и осложнения диабета» [электронный ресурс] <http://simptomu-i-lechenie.net/saharnyi-diabet/> (дата обращения 5.11.2018)

## ВЛИЯНИЕ СТРЕССА НА РАЗВИТИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

*Постнова Э. В., студентка; Шарафутдинова А. Я., руководитель  
ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
медико-фармацевтический колледж*

*«Масштаб вашей личности определяется величиной  
проблемы, которая способна вас вывести из себя».*

*Зигмунд Фрейд*

Всемирная организация здравоохранения сообщает, что сейчас в мире 6% населения больны сахарным диабетом, это примерно 284,7 миллиона человек. Прогнозы на будущее неутешительны, по мнению специалистов, количество больных будет неуклонно расти, и к 2030 году их станет уже 438,4 миллиона.

Заболевает около 4% населения под воздействием разнообразных факторов. Самые распространенные среди них – ожирение и лишний вес, артериальная гипертония, неправильное питание, малоподвижный образ жизни, стрессовые ситуации.

Так как жизнь современного человека полна стрессов, стрессовые ситуации подстерегают нас постоянно и провоцируют развитие многих серьезных болезней, одно из которых – сахарный диабет. Как же взаимосвязаны состояние стресса и сахарный диабет? Как контролировать себя и предотвратить диабет?

**Целью** исследования является изучение основных причин развития сахарного диабета и доказательство того, что стресс является пусковым механизмом развития заболевания.

Для выполнения поставленной цели необходимо решить следующие **задачи**:

- изучить литературу по заболеваемости сахарным диабетом, связанным со стрессовыми ситуациями;
- проанализировать статистические данные по заболеваемости сахарным диабетом;

- изучить анкеты, опросы, интервьюирование населения;
- разработать памятку для населения о методах защиты от стрессовых ситуаций во избежание заболеваемости сахарным диабетом.

**Гипотеза:** стрессовые ситуации ведут к развитию сахарного диабета.

**Объект:** студенты медицинского колледжа, преподаватели, пациенты и знакомые люди.

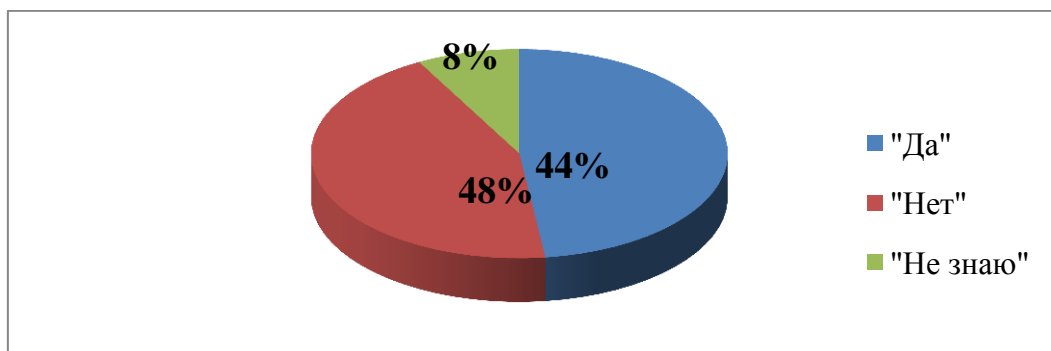
**Предмет:** стресс и заболевание «сахарный диабет».

**Научная новизна** работы заключается в том, что японскими учёными доказано, что к развитию сахарного диабета приводит отсутствие внутреннего покоя, недостаточная самореализация, и мы подтвердим или опровергнем это утверждение на примере опрошенных.

**Практическая значимость** работы заключается в изучении основных стрессовых ситуаций в жизни каждого человека и разработка методов стрессоустойчивости в современном мире во избежание заболеваемости сахарным диабетом.

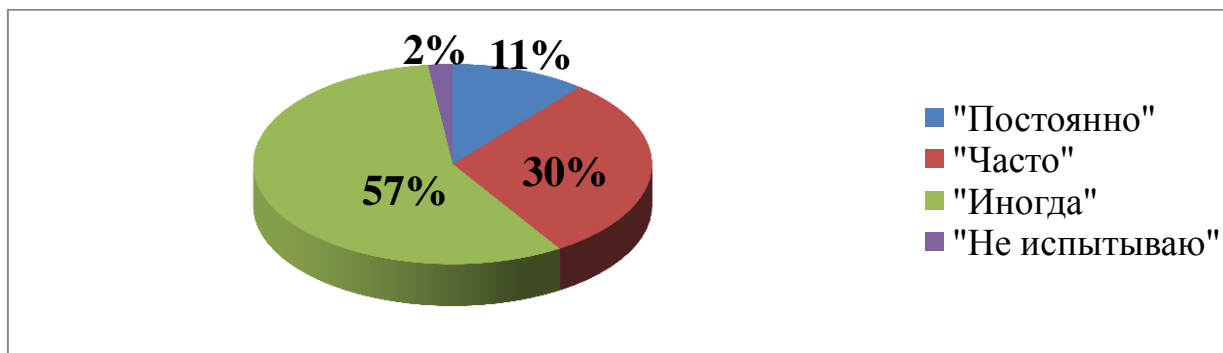
В процессе работы мы провели и оценили результаты анкетирования, опросов, интервьюирования студентов колледжа, преподавателей, пациентов и знакомых людей (родственников, соседей и др.) об информированности о развитии заболевания «сахарный диабет» и о влиянии стресса на развитие. Проанкетировав 105 человек, не болеющих сахарным диабетом, и проведя подсчёты, пришли к выводу, что:

**«Есть ли у Вас родственники, болеющие сахарным диабетом?»**



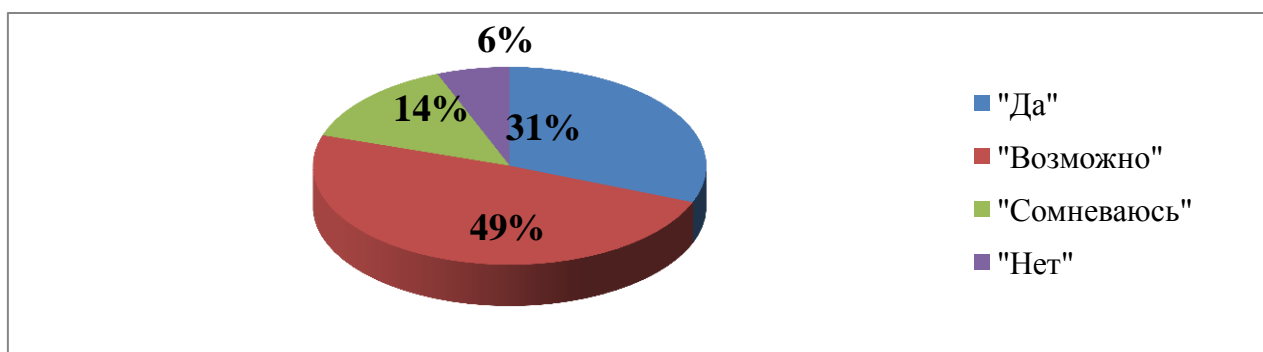
50% имеют болеющих родственников, 46% не имеют, 8% не смогли ответить, т.к. не знают;

**«Как часто Вы испытываете стресс?»**



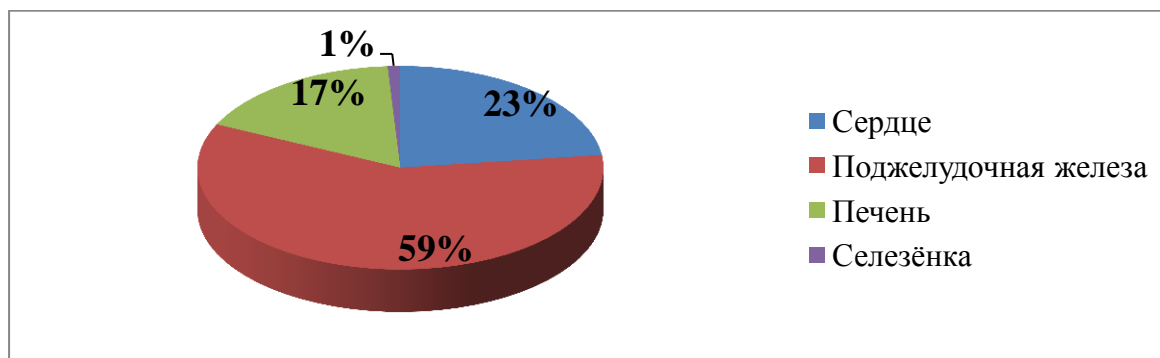
11% постоянно испытывают стресс, 30% – часто, 57% – иногда, 2% не испытывают нервного стресса;

**«Как Вы считаете, может ли стресс стать основной причиной возникновения сахарного диабета?»**



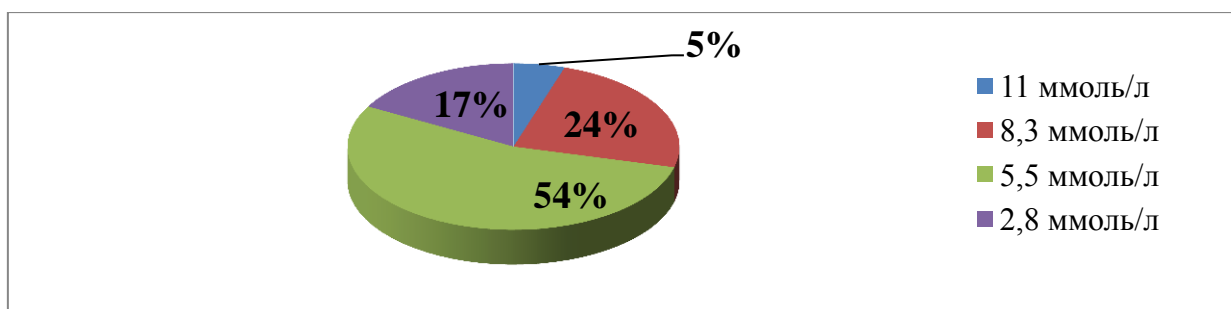
31% считает, что стресс может стать причиной сахарного диабета, 49% – возможно, 14% – сомневаются, 6% не считает, что стресс может стать причиной возникновения сахарного диабета;

**«Знаете ли Вы, какой орган человеческого тела страдает при сахарном диабете?»**



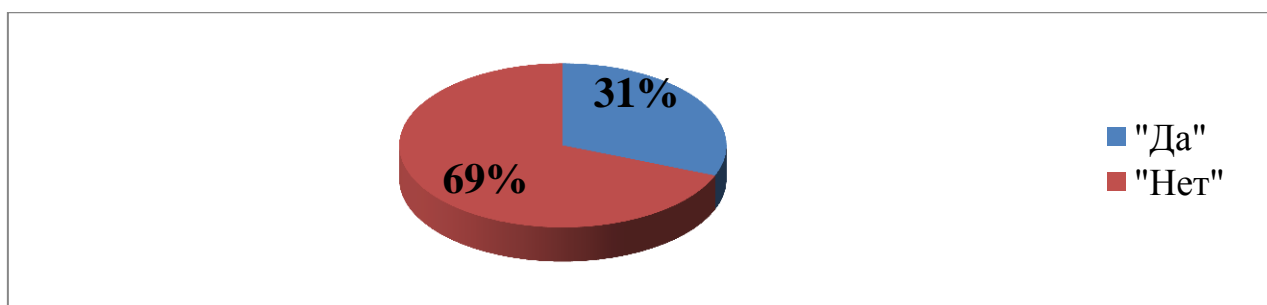
23% опрошенных считают, что при сахарном диабете страдает сердце, 59% – поджелудочная железа, 17% – печень, 1% – селезёнка;

**«Какие из перечисленных ниже значений сахара крови  
лежат в пределах нормы?»**



5% считают, что нормальные показатели сахара в крови 11 ммоль/л, 24% – 8,3 ммоль/л, 54% – 5,5 ммоль/л, 17% – 2,4 ммоль/л.

**«Относите ли Вы себя в группу риска по заболеваемости  
сахарным диабетом?»**



31% относят себя в группу риска по заболеваемости сахарным диабетом, 69% не относят себя в группу риска, хотя у некоторых из них имеются родственники, болеющие сахарным диабетом.

Выводы: большинство опрошенных знакомы с заболеванием «сахарный диабет» и в повседневной жизни у людей очень часто происходят стрессовые ситуации.

Опросив и проанкетировав 35 человек, болеющих сахарным диабетом обнаружилось, что:

1) У 29 человек сахарный диабет развился на фоне перенесённого стресса, а именно: утрата близкого человека (утонул единственный ребёнок, смерть матери на глазах у ребёнка, суицид), трагедия в личной жизни (развод), конфликтная ситуация на работе, перенесённая травма (жесткое избиение,

падение с высоты), попадание в дорожно-транспортное происшествие, сильный испуг после укуса собаки, вынужденная смена места жительства (беженцы);

2) 2 человека ответили, что во время беременности испытали сильный стресс и связывают с этим развитие сахарного диабета у ребёнка;

3) 4 человека затруднились ответить.

В своей работе мы пришли к следующему выводу: стресс - одна из главных причин проявления сахарного диабета. Его мы переживаем и дома, и на работе. В результате нервная система даёт сбой и вот налицо развитие сахарного диабета. У любого человека, как бы он не кричал о своём отменном здоровье, найдётся своё слабое место. Одни получают такое "слабое место" ещё в чреве матери, другие, наоборот, приобретают его в течение своей жизни. Наследственность и сильные психологические травмы - основные факторы, приводящие к развитию сахарного диабета. При ненаследственном диабете стресс даёт толчок адреналину и глюкокортикоидным гормонам к разрушению инсулина и клеток, провоцирующих его, к снижению общей чувствительности тканей к инсулину! [2, стр.47]

### **Список литературы:**

1. Алгоритмы диагностики и лечения болезней эндокринной системы под ред. И. И. Дедова. - М., 1995. - 256с.

2. Зеленин К.А. Роль эмоционального стресса в развитии сахарного диабета 2 типа // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 7. – с. 47-48

3. <https://diabetikblog.wordpress.com/2014/10/26/нервный-стресс-и-сахарный-диабет/>

4. <http://нерво-вит.рф/stress-provociruet-i-usugublyaet-saxarny>.



## ВОЛОНТЕРСКИЙ ОПЫТ «ПРОФИЛАКТИКА САХАРНОГО ДИАБЕТА»

*Ромадин А. Ю.,*

*Михайловский филиал государственного автономного профессионального образовательного учреждения «Волгоградский медицинский колледж»*

Распространённость сахарного диабета и недостаточная осведомлённость студентов в вопросах симптоматики и профилактики этого недуга явилась причиной организации волонтерского рейда в средние специальные образовательные учреждения города Михайловка Волгоградской области. 14 ноября отмечается всемирный день борьбы с диабетом. Наши рейды мы стараемся проводить ежегодно в канун этой даты.

Всем нам хорошо известна подростковая психология. Именно в этом возрасте и находятся наши подопечные. Они одновременно агрессивны и сентиментальны, резки и благодущны, они – лёд и пламя, они наши «гадкие утята». Юношеский максимализм и эмоциональная лабильность диктует нам правила поведения со студентами СПО при проведении бесед о профилактике сахарного диабета.

Для захвата внимания и мотивации студентов к ведению здорового образа жизни, для ясного понимания патогенеза сахарного диабета, всем будущим волонтерам может пригодиться наша миниатюрная сценка.

Действующие лица:

Лектор (наставник волонтеров), Инсулин (1-ый волонтер), Рецептор инсулина (ручка любой двери помещения, где проходит лекция), Глюкоза (2-5-ый волонтер), Эндотелиальные клетки сосудов органов человека (все присутствующие в зале студенты СПО).

Лектор:

Здравствуйте, дорогие друзья! Сегодня мы должны с Вами выяснить что такое сахарный диабет и как им не заболеть. Сахарный диабет – мочеизнурение, вызванное большим уровнем глюкозы – сахара крови. Сахар крови – что это? (к лектору подходят волонтеры, изображающие глюкозу – шапочки или налобные повязки с надписью). Откуда вы появились?

1-й волонтер-глюкоза: Я был(а) спрятан в углеводах булочки. Булочку съели, она переварилась, а я появилась! Берегите желудок и кишечник! Ешьте малыми порциями!

2-й волонтер-глюкоза: А я пришел к вам из масла или жира. В печени меня сделали! Берегите печень - питайтесь правильно! Избегайте переедания!

3-й волонтер-глюкоза: Из мясных аминокислот меня слепили! В разных клетках могла быть я! Не ешьте на ночь!

Лектор: Дело в том, что почти всё что мы съедаем при определённых условиях может превратиться в глюкозу – сахар крови. Он очень нужен внутри наших клеток, а вне клеток в наших сосудах он ведет себя как банда разбойников. Внутри клеток глюкоза идет на выработку энергии для клетки, кроме того, она является прекрасным строительным материалом для нужд организма. Если глюкозы будет не достаточно, то мы это воспринимаем как болезненную усталость. Вне клеток, то есть в сосудах глюкоза задерживает воду и это усиливает работу почек – возникает усиленное образование мочи – сахарное мочеиспускание. Кроме того, сахар крови пытается повредить клетки сосудов – эндотелий. Если это состояние не исправлять, то эндотелий будет уничтожен. Кстати, дорогие студенты, помогите нам, представьте, что эндотелий это Вы, а весь этот зал – просвет капилляра – маленького сосуда. Сейчас продолжим представление.

Когда сахара в крови много, то возникают характерные симптомы:

1-й волонтер-глюкоза: липкая моча, учащенное мочеиспускание (кратковременное большое количество воды в сосудах усиливает работу почек),

2-й волонтер-глюкоза: аномальная жажда и сухость во рту (вода быстро уходит из организма в виде мочи),

3-й волонтер-глюкоза: зуд кожи (разрушение сосудов и раздражение нервных окончаний), нехватка энергии и крайняя усталость (отсутствие глюкозы внутри клеток).

Почему же мы можем заболеть? Это неизбежность?

Дорогие мои! Чувство меры может нас защитить! Его надо вырабатывать постоянно. Его надо обретать уже сейчас – в вашем возрасте!

Итак, сахарный диабет – это большой уровень глюкозы в крови и низкий в клетках. Голод среди изобилия! – говорили старые врачи. Сахарный диабет бывает первого (ювенального, юношеского) и второго типа. Так или иначе, но всегда сахарный диабет связан словом «инсулин». В первом случае инсулин вырабатывается в недостаточном количестве (инсулинозависимый диабет), во втором случае инсулина достаточно, но он «не работает» (инсулиннезависимый диабет). Новое слово – инсулин. Кстати вот он.

Волонтер-инсулин: Я гормон, я работяга! Открываю ворота в клетках для глюкозы. У каждой клетки я вижу двери для глюкозы и рецептор-ручку. Только я могу открыть эти глюкозные двери! Я и мои братья рождаемся в поджелудочной железе. Когда Вы поели – мы выходим на свою работу-утилизируем глюкозу крови. Пожалуйста, берегите наш дом – поджелудочную железу: не ешьте много, не пейте спиртного, поменьше жирного и острого! И мы будем хорошими работниками!

Лектор: Вот, смотрите, как работает наша глюкозо - инсулиновая система в норме. Напоминаю: студенты в зале это клеточки наших сосудов, которые удерживают кровь в сосудистом русле. Итак, мы поели. Пища переварилась. В крови, в сосудах появилась глюкоза.

Волонтеры, изображающие глюкозу, в это время начинают гудеть и угрожать и гримасничать эндотелию – студентам, сидящим в зале. Появляется волонтер-инсулин и бодрым шагом подходит к двери. Нажимает на ручку и распахивает двери. Глюкоза – волонтеры с возгласами покидают зал. Вся глюкоза ушла на работу в клетку – говорит Лектор.

Лектор: В клетках глюкоза превратиться в энергию, а при её избытке в жир.

Но это другая история. Теперь давайте поймем, что же такое первый тип сахарного диабета.

Снова мы поели. Опять появилась глюкоза в крови. Но инсулина нет! Не выработала его поджелудочная железа! Причины этого разнообразны. Это может быть наследственная предрасположенность, спровоцированная вирусной

инфекцией (эпидемический паротит, инфекционный мононуклеоз, краснуха и острый вирусный гепатит).

Волонтеры, изображающие глюкозу, в это время начинают гудеть и гримасничать и угрожать эндотелию – студентам, сидящим в зале.

Лектор: Страшно? Вот и наш организм боится глюкозы. В клетках это непревзойденные работники, а в крови-разбойники! Чтобы снизить сахар крови при диабете первого типа делают инъекции инсулина. Именно он теперь помогает глюкозе уйти из кровотока и войти в клетки.

Лектор: А теперь рассмотрим второй тип сахарного диабета. Как всегда поели. Переваривание закончилось повышением сахара в крови. (Волонтеры привычно работают по ролям). Глюкоза вновь угрожает клеткам сосудов, вновь удерживает на время воду. И вот выходит инсулин. Подходит к дверям-каналам для глюкозы, ищет ручку-рецептор, хочет открыть дверь для агрессивной глюкозы... Но где она? Где эта ручка. Нет её. Слишком активно её использовали! Много ели и мало работали! Ручка и отломилась! Глюкозы в крови много, инсулин есть, а клетки голодают и страдают сосуды.

Лектор: Спасибо волонтеры! Подведём итог: Когда мы поели увеличивается сахар крови. Как правильно есть?

Волонтеры (по-очереди): Маленькими порциями! С перерывами 2-3 часа! Избегать жирного! Не употреблять алкоголь! За 2 часа до сна! Хорошо пережевывать!

Лектор: Как защитить себя от диабета?

Волонтеры (по-очереди): Вести здоровый образ жизни: забыть про вредные привычки! Рационально питаться! Не переедать! Беду не заедать! Сахар не есть! Сладкую газировку не пить! Не унывать! Постоянно двигаться! Закаляться! Соблюдать режим труда и отдыха! Дышать свежим воздухом! Быть добрым и отзывчивым!

Занавес.

Конечно, сценка не идеальна, но она нравится даже самой привередливой публике – студентам спешащим домой!

### Список литературы:

1. Ахманов, М. Диабет. Стратегия жизни / М. Ахманов. - М.: Вектор, 2012. - 288 с.
2. Данилова, Наталья Андреевна Диабет: законы сохранения полноценной жизни / Данилова Наталья Андреевна. - М.: Вектор, 2013. - 676 с.
3. Хюртер, П. Книга о сахарном диабете 1 типа. Для детей, подростков, родителей и других / П. Хюртер, Л. Трэвис. - М.: Книга по Требованию, 2012. - 194 с.

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ЦЕЛИНСКОГО РАЙОНА

*Рябых А. С.*

*Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение Ростовской области «Новочеркасский медицинский колледж»*

Сахарный диабет занимает третье место в списке причин смертности, уступая лишь сердечно – сосудистым и онкологическим заболеваниям.

При этом сахарный диабет зачастую не упоминается в тех случаях, когда непосредственной причиной смертельного исхода явилось одно из его поздних осложнений: инфаркт миокарда, инсульт или почечная недостаточность. Сахарный диабет неуклонно молодеет, каждый год, поражая все больше людей трудоспособного возраста.

Сахарный диабет – первое неинфекционное заболевание, по которому принята специальная резолюция ООН, призвавшая все государства "принять экстренные меры для борьбы с диабетом и разработать национальные стратегии профилактики и лечения этого заболевания". Основой этих стратегий должна являться эффективная первичная профилактика сахарного диабета, ранняя диагностика заболевания и использование самых современных методов лечения.

Анализ распространенности сахарного диабета проводился за 2015-2017 года на основании статистических данных МБУЗ ЦРБ Целинского района, которые отображены в таблице 1.

Таблица 1 Данные распространенности сахарного диабета среди взрослого населения по МБУЗ ЦРБ Целинского района за период 2015 – 2017 гг

Период исследования	Количество человек
2015 г	256 чел
2016 г	322 чел
2017 г	409 чел

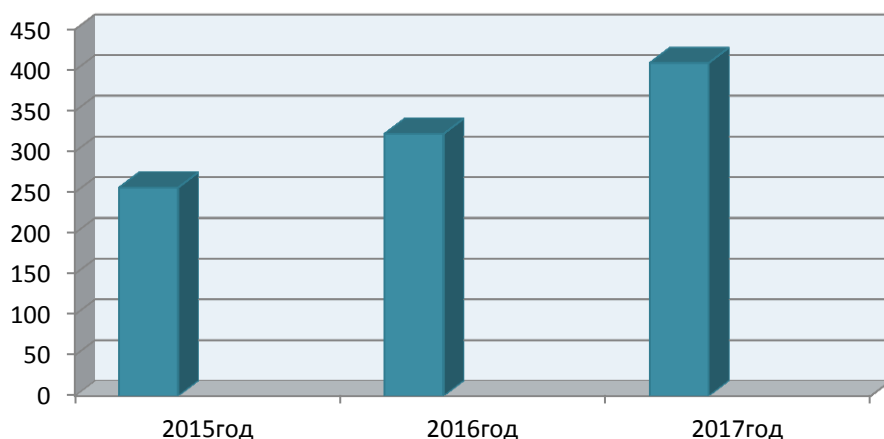


Рисунок 1. Анализ распространенности сахарного диабета среди взрослого населения по МБУЗ ЦРБ Целинского района за период 2015 – 2017гг

Из рисунка 1 видно, что за исследуемый период наблюдается неблагоприятная ситуация, т.е. увеличение распространенности сахарного диабета из года в год. Это может быть связано с ростом числа заболеваний вирусного характера, к примеру, поражение организма краснухой, ветряной оспой, гепатитом и даже банальным гриппом. Эти болезни могут служить пусковым механизмом развития сахарного диабета, в особенности у людей с наследственной предрасположенностью.

Далее рассмотрена распространенность данного заболевания в различных возрастных группах пациентов МБУЗ ЦРБ Целинского района (см. таб.2).

Таблица 2. Данные распространенности сахарного диабета в различных возрастных группах взрослого населения по МБУЗ ЦРБ Целинского района за 2017 г

Возраст	Количество человек
20-30лет	54чел.
30-40лет	67чел
40-50года	72чел
50-60 лет	99чел
60-70год	117чел

По статистическим данным можно сделать вывод, что распространение сахарного диабета в популяции с возрастом увеличивается и достигает своего максимума в пенсионном возрасте (с 54 человек в 20-30 лет до 117 человек в 60-70 лет), то есть в 2 раза.

Это связано с тем, что люди в пожилом возрасте имеют склонность к ожирению, из-за малоподвижного образа жизни, не рационального употребления пищи и т.д.

Таблица 3. Данные распространенности сахарного диабета 1 и 2 типа среди взрослого населения МБУЗ ЦРБ Целински район за 2017г

Тип сахарного диабета	Количество человек
1тип	124 чел
2тип	285 чел

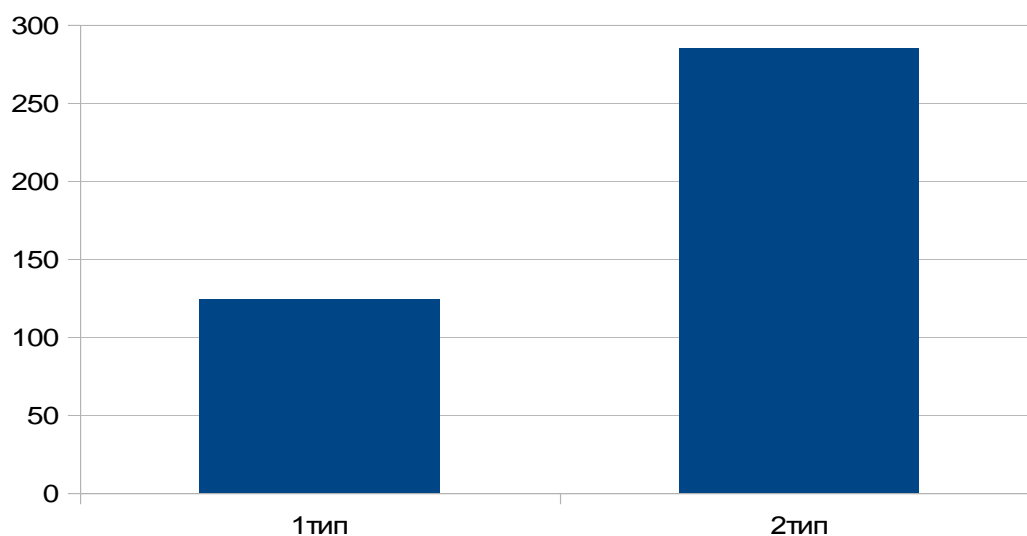


Рисунок 3. Анализ распространенности сахарного диабета среди возвратного населения по МБУЗ ЦРБ Целинского района за 2017г

Из рисунка 3 видно, что наиболее часто встречается, сахарный диабет 2 типа более чем в 2 раза, превышает количество пациентов сахарного диабета 1 типа. Данные заболеваемости имеют разную этиологию, если на развитие сахарного диабета 1 типа повлиять практически не возможно, то на 2 тип данного заболевания появляется на фоне модифицирующих факторов риска таких как: ожирение, на фоне не рационального питания, легко усвояемых углеводов и жиров, злоупотребление алкоголя

Таблица 4 Данные распространенности сахарного диабета по гендерному признаку сахарного диабета 2 типа среди взрослого населения МБУЗ ЦРБ Целински район за 2017г

Пол человека	Количество человек
Женский	254 чел
Мужской	155 чел



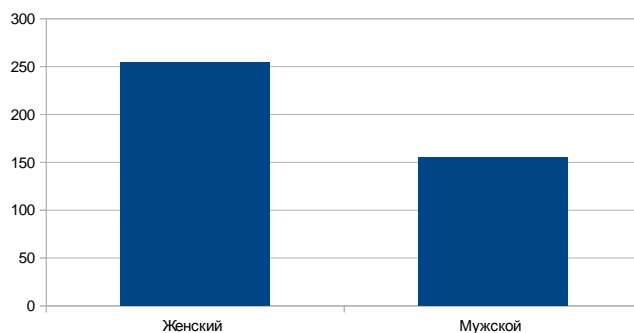


Рисунок 4. Анализ распространенности сахарного диабета по гендерному признаку сахарного диабета среди взрослого населения МБУЗ ЦРБ Целински район за 2017г

По статистическим данным можно сделать вывод, что сахарным диабетом болеют больше женщины, чем мужчины. Поэтому больший акцент при проведении профилактических мероприятий нужно сделать на представительниц прекрасной части населения данной местности.

Таблица 5. Данные заболевания развития факторы риска сахарного диабета 1 типа среди взрослого населения МБУЗ ЦРБ Целински район за 2017г

Факторы риска	Количество человек
Вирусные инфекции	39чел
Злоупотребление алкоголем	38чел
Аутоиммунные заболевания	43чел
Наследственная предрасположенность	93чел
Несбалансированность питания	69чел
Ожирение	76чел
Возраст	51чел

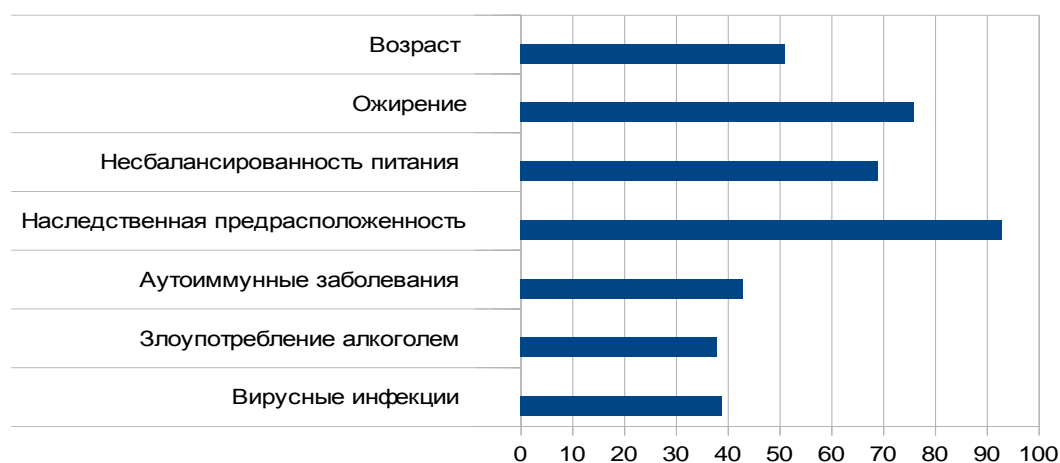


Рисунок 5. Анализ распространения факторов риска при сахарном диабете среди взрослого населения МБУЗ ЦРБ Целински район за 2017г

Наиболее приоритетным факторам риска является наследственная предрасположенность, а на 2 месте ожирение это связано с не рационального питания, легко усваиваемых углеводов и жиров, злоупотребление алкоголя.

Если сахарный диабет 1 типа предупредить невозможно, однако соблюдение некоторых рекомендаций может помочь задержать, приостановить развитие заболевания. Профилактика сахарного диабета особенно необходима людям, относящимся к группе риска. Это те, у кого существует наследственная предрасположенность, то есть состоит в близком родстве с человеком, больным сахарным диабетом первого типа.

К профилактическим мерам относят:

- правильное питание. Необходимо следить за количеством искусственных добавок, употребляемых в пищу, снижать потребление консервированных продуктов, богатых жирами, углеводами. Рацион должен быть разнообразным, сбалансированным, а также включать фрукты и овощи.

- предупреждение инфекционных и вирусных заболеваний, которые являются одними из причин развития сахарного диабета.

- отказ от алкоголя и табака. Известно, что вред от этих продуктов огромен для каждого организма, отказавшись от употребления алкогольных напитков, а также курения можно существенно уменьшить риск заболевания диабетом.

### **Список литературы:**

1. Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Инсулинорезистентность в патогенезе сахарного диабета II типа. М.: Эксмо, 2017г.
2. Дедов И.И., Шестакова М.В. Сахарный диабет. Руководство для врачей. М.: Медицина, 2016 г.
3. Кураева Т.Д. Иммунопатогенез и иммунотерапия сахарного диабета I типа. М.: Медицина, 2016г.
4. Панькив В.И. Эпидемиология сахарного диабета. М.: Медицина, 2017 г.
5. Петри А., Сэбин К. Наглядная статистика в медицине. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2012 г.
6. Раков А. Л. Диабет не болезнь, а образ жизни. Новая аптека. М.: Медицина, 2006 г.

## **РОЛЬ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА В ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ В СТАЦИОНАРЕ**

*Савенкова М. А., студентка; Михатова М. Н., руководитель  
ГБПОУ Республики Мордовия «Ардатовский медицинский колледж»*

**Актуальность выбранной темы** заключается в том, что лечебное питание помогает нормализовать ряд процессов в организме, уменьшает побочные действия от ряда препаратов, улучшает обменные процессы и помогает организму справиться с заболеванием.

Сахарный диабет это всемирная проблема современности, актуальность которой продолжает все больше расти. В мире более 360 миллионов человек с установленным диагнозом, 300 миллионов человек находятся в зоне риска развития заболевания. Примерно 3% населения страдает диабетом, а в старших возрастных группах (после 60 лет) этот показатель достигает 15-18%. Продолжает также увеличиваться количество детей и подростков, страдающих этой болезнью. Всемирная организация здравоохранения признала сахарный диабет неинфекционной эпидемией XXI века. В 2005 году Организация объединенных наций приняла резолюцию, посвященную борьбе с данным заболеванием, требующую объединения усилий ученых, практикующих врачей, средств массовой информации и правительств всех стран мира. Основными задачами современной диабетологии являются профилактика развития данного заболевания, ранее выявление диабета и предупреждение всевозможных осложнений по заболеванию, которые приводят к утрате трудоспособности и снижению качество жизни.

**Цель исследования:** изучить сестринский процесс при сахарном диабете и выявить роль медицинского работника в организации лечебного питания.

**Задачи исследования:**

1. Максимально полно изучить теоретические основы сахарного диабета и показать роль медицинских работников среднего звена в лечении и профилактике этого заболевания на базе ГБУЗ РМ «Ардатовская ЦРБ».

2. Провести выборку данных из историй болезней пациентов с сахарным диабетом за последние годы (2015 – 2017 гг).

3. Выявить особенности сестринского ухода за пациентами с заболеванием сахарный диабет.

**Методы исследования** - метод математической статистики.

**Объект исследования:** пациенты, получающие диетическое питания и пациенты, не придерживающиеся диеты.

**Предмет исследования:** диетическое питание при сахарном диабете как фактор улучшения общего состояния пациентов и течения данного заболевания.

**Гипотеза исследования:** чем выше самоконтроль больных с сахарным диабетом, тем ниже вероятность развития осложнений при данном заболевании.

**Теоретическая значимость работы.** Теоретическая значимость исследовательской работы определяется тем, что она вносит определенный вклад в изучение роли медицинского работника по профилактике данного заболевания.

**Практическая значимость работы.** К важным проблемам в исследовании следует отнести вопросы об отношении больных сахарным диабетом к своему заболеванию и уровень дефицита знаний по профилактике данного заболевания. Практическая значимость работы заключается в том, что сделанные в ходе исследования выводы, предложения, рекомендации могут быть использованы в программе профилактики сахарного диабета.

Вначале исследования мной была выдвинута гипотеза, о том, чем выше самоконтроль больных с сахарным диабетом, тем ниже вероятность развития осложнений при данном заболевании. На основе выше сказанного, предлагаю разработать комплексную программу социологического исследования.

В данной работе я использовала метод математической статистики – выкопировка сведений из историй болезней пациентов с сахарным диабетом. Цель этого метода – выяснить распространенность сахарного диабета,

особенности и длительность течения болезни, сопутствующие заболевания и прочие анамнестические данные.

По этому методу – я исследовала 637 историй болезни пациентов с сахарным диабетом за 2015-2017 годы на базе ГБУЗ РМ «Ардатовская ЦРБ». За 2015 исследовала 210 историй болезни, за 2016 - 212 историй, за 2017 - 215 историй.

### **1. Распределение пациентов по типу сахарного диабета.**

За 2015 год - I типа 98 человек (47 %) и II типа 112 человек (53%), за 2016 - год I типа 84 человек (40%) и II типа 128 человек (60%), за 2017 - год I типа 76 человек (35 %) и II типа 139 человек (65%).

Среди пациентов, госпитализированных с сахарным диабетом II типа больше, чем пациентов с сахарным диабетом I типа, что свидетельствует об особенностях современного образа жизни, т.е. снижение уровня физической активности, нерациональное питание пациентов и негативное влияние окружающей среды.

### **2. Распределение пациентов с сахарным диабетом по полу.**

За 2015 год исследовала 210 человек из них: 85 мужчин (40%) и 125 женщин (60%), за 2016 год - 212 человек: 89 мужчин (41%) и 123 женщины (59%), за 2017 год - 215 человек: 91 мужчин (42%) и 124 женщины (58%).

Из приведенной статистики видно, что по данному заболеванию преобладает женский пол. Причем это в большей степени относится к диабету второго типа, связанному с ожирением. Женщины генетически более предрасположены к накоплению жира, а избыточная масса тела рано или поздно становится причиной нарушения метаболизма в организме и развитию диабета. Гормональные перестройки, происходящие у женщин во время беременности и климакса, предрасполагают к развитию заболевания.

Диабет первого типа тоже старательно «льнет» к женщинам и передается, в основном, по женской линии. При сахарном диабете у женщин в патологический процесс вовлекаются женские половые органы.

### **3. Распределение пациентов по возрасту.**

За 2015 год количество пролечённых пациентов в возрасте 18-30 составило 30 человек (14%), 31-40 – 13 человек (6%), 41-50 – 37 человек (18%), 51-60 – 68

человек (32%), 61-70 – 38 человек (18%), старше 70 лет – 24 человека (12%). За 2016 год количество пролечённых пациентов в возрасте 18 – 30 составило 24 человека (11%), 31- 40 – 10 человек (5%), 41-50 – 42 человека (20%), 51-60 – 68 человек (32%), 61-70 - 41 человек (19%), старше 70 лет – 27 человек (13%). За 2017 год количество пролеченных пациентов в возрасте 18 – 30 составило 13 человек (6%), 31 - 40 – 9 человек (4%), 41 – 50 – 43 человека (20%), 51-60 – 78 человека (36%), 61-70 – 42 человека (20%), старше 70 лет – 30 человек (14%).

Большинство госпитализированных пациентов с сахарным диабетом находятся в возрастной группе 51-60 лет. Это объясняется тем, диагноз выставляется только после развития осложнений, которые начинают проявляться примерно через 10-15 лет от начала заболевания, т. е. как раз в возрасте 51-60 лет.

#### **4. Распределение пациентов по сезону.**

За 2015 год количество пролеченных пациентов весной 106 человек (50%), летом 69 человек (33%), осенью 16 человек (8%), зимой 19 человек (9%). За 2016 год количество пролеченных пациентов весной 67 человек (32%), летом 53 человека (25%), осенью 49 человек (23%), зимой 43 человека (20%). За 2017 год количество пролеченных пациентов весной 91 человек (43%), летом 61 человек (28%), осенью 30 человек (14%), зимой 33 человека (15%).

Наибольшее число госпитализаций с данным заболеванием отмечается весной, т. к. в этот период происходит снижение защитных сил организма, гиповитаминозы, влияющие на развитие обострений; а наименьшее число – осенью, потому что в этот период в рационе преобладает растительная пища, содержащая достаточное количество клетчатки (волокон), которая препятствует быстрому всасыванию углеводов и быстрому подъему гликемии после еды.

#### **5. Распространенность осложнений среди пациентов с сахарным диабетом и наличие сопутствующих заболеваний у пациентов с сахарным диабетом**

Самыми распространенными осложнениями у пациентов с сахарным диабетом являются нейропатия и ретинопатия. Это говорит о том, что нервная

система и органы зрения наиболее чувствительны к негативному воздействию сахарного диабета. Основные сопутствующие заболевания – артериальная гипертензия и пиелонефрит, так как эти заболевания имеют сходный механизм развития.

Суммируя всё вышеизложенное можно сделать следующий вывод: самоконтроль и диетотерапия – основа успешного лечения пациентов и профилактика осложнений по заболеванию. Система самоконтроля включает знание особенностей клинических проявлений и лечения заболевания, контроль за показателями сахара крови и мочи, диетой, массой тела. Развитие системы самоконтроля и диетотерапии является на сегодняшний день одним из важных элементов в лечении сахарного диабета. В этой связи наряду с перспективными научно-клиническими стратегиями следует разрабатывать и внедрять в практику абсолютно необходимые для наших пациентов программы по профилактике данного заболевания.

Исходя из проведенного мной исследования можно сделать следующее заключение. Вопросы питания стоят сегодня в центре внимания современной медицины. Во всех странах постоянно возрастает интерес к заболеванию самых различных слоев населения, научных работников и государственных органов. Только общими усилиями можно добиться повышения уровня оказания помощи пациентам с сахарным диабетом и качеству их жизни. Много уже сделано, но еще больше предстоит сделать.

### **Список литературы:**

1. Воробьев В. И. Организация диетотерапии в лечебно-профилактических учреждениях. М.: Медицина, 1983. С. 250-254.
2. Давлицарова К.Е. Основы ухода за больными. Первая медицинская помощь: Учебное пособие.- М.: Форум: Инфа – М, 2004-386с.
3. Дедов И.И. Алгоритмы диагностики и лечения болезней эндокринной системы. - М., 2005 – 256 с.

## **АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ Г. НАБЕРЕЖНЫЕ ЧЕЛНЫ**

*Сергеева С. С., студентка; Самарина Е. С., руководитель  
ГАПОУ «Набережночелнинский медицинский колледж»*

Сахарный диабет сегодня – представляет собой одну из глобальных проблем современности. Миллионы людей во всех странах мира страдают этим заболеванием. Он находится на тринадцатом месте в рейтинге самых распространенных причин смерти после сердечнососудистых, онкологических заболеваний и стойко держит первое место среди причин развития слепоты и почечной недостаточности.

Несмотря на интенсивные исследования, сахарный диабет остается хроническим заболеванием, требующим постоянного контроля с целью предупреждения осложнений и преждевременной инвалидизации.

Поэтому нами была проведена исследовательская работа, целью которой являлось проведение анализа заболеваемости сахарным диабетом среди населения города Набережные Челны. Мы предположили, что уровень заболеваемости сахарным диабетом и количество осложнений от данного заболевания снизится, если будут активно применяться в лечебных учреждениях программы, направленные на профилактику данного заболевания и его последствий.

Нами были проанализированы статистические данные, изучено 410 историй стационарных больных и проведено анкетирование среди 300 пациентов с диагнозом сахарный диабет. Мы выяснили, что заболеваемость пациентов сахарным диабетом ежегодно увеличивается в среднем в 1,2 раза. Это можно предположительно связать с ухудшением качества пищевых продуктов (обилие эмульгаторов, стабилизаторов, консервантов, красителей и т.д.), отсутствие культуры питания, низким уровнем двигательной активности у населения, нарастанием дистресса у человека из-за экономических кризисов, природных и политических катаклизмов.



Доля пациентов, находящихся на 2 группе инвалидности с диагнозом сахарный диабет 48%, а 32% имеют 1 группы инвалидность. Это можно связать с тем, что при СД значительно поражаются функции различных органов.

Наше исследование показало, что в поликлиниках, обслуживающих старые районы нашего города уровень заболеваемости СД выше, чем по городу. Мы это объясняем тем, что доля пациентов предпенсионного и пенсионного возраста проживающих на данных территориях несколько больше, чем в зоне обслуживания новых микрорайонов.

Большинство пациентов страдающие СД 1 типа это лица моложе 55 лет. Основным триггером развития СД 1 является отягощенная наследственность. В возрасте старше 55 лет чаще встречается СД 2 типа, в связи с развитием климактерических изменений в организме, что приводит к появлению лишнего веса у пациентов, а так же уменьшается двигательная активность в связи с выходом на пенсию и ухудшается качество пищи в связи с низким уровнем материальных доходов.

Также в ходе исследовательской работы мы выявили, что диагноз сахарный диабет как 1 типа, так и 2 типа встречается в 4 раза чаще у женщин, чем у мужчин. Мы это связываем, во-первых, с тем, что женщины имеют большую склонность к избыточной массе тела, чем мужчины в связи физиологическими особенностями женского организма, во-вторых, имеют риск развития гестационного СД, в-третьих, сахарный диабет чаще наследуется по женской линии.

Нас огорчил тот факт, что большое количество пациентов с диагнозом СД имеют вредные привычки: 44% употребляют алкоголь, 43% курят, это может крайне негативно сказаться на динамике заболевания, а в некоторых случаях даже привести к летальному исходу.

Наиболее частыми осложнениями СД являются гипертоническая болезнь 42%, ретинопатия 38%, это мы можем связывать с тем, что при сахарном диабете нарушаются все виды обмена веществ, прежде всего углеводного и

жирового, что приводит к увеличению в крови холестерина и развитию атеросклероза.

У 54% пациентов обострений наблюдаются два – три раза в год, так как данные пациенты не соблюдают диету, правильную дозировку инсулина и сахароснижающие препаратов, а так же не соблюдают правила режима труда и отдыха. И лишь у 32%, пациентов обострения бывают только 1 раз в год. Это группа пациентов полностью выполняет рекомендации данные врачом - эндокринолога.

Наибольшее число обострений у пациентов с диагнозом СД приходится на весну в среднем 49%, мы можем это связать с тем, что в этот период наблюдается снижение защитных иммунных сил организма, развиваются гиповитаминозы.

По данным анкетирования, уровень сахара в своей крови знают 73% респондентов, а ведь регулярное измерение глюкозы в крови, является важнейшим условием профилактики риска развития осложнений связанных с сахарным диабетом.

Нас огорчил тот факт, что каждый пятый из пациентов с СД в течение года ни разу не проверял свой уровень холестерина в крови. 46% респондентов проводят данное исследование лишь по назначению врача и только при обострении. На момент опроса лишь у 12% респондентов уровень холестерина был в норме. 45% пациентов с диагнозом СД не знают уровень холестерина в своей крови, считая этот показатель маловажным для их здоровья.

Мы выявили, что среди опрошенных нами респондентов лишь 28% больных СД измеряют регулярно уровень своего А/Д, 72 % пациентов халатно относятся к данному виду обследования и не придают ему большего значения, так 30% респондентов редко контролируют уровень своего артериального давления, а 42% не делают этого вовсе, а значит у этой категории лиц имеется высокий риск развития осложнений артериальной гипертензии (гипертонический криз, ОНМК, инфаркт миокарда и т.д.).

Мы, что регулярно ведут подсчет ХЕ и строго соблюдают диету 57% опрошенных нами пациентов, это свидетельствует об активной просветительской работе, проводимой в нашем городе медицинскими работниками (в школах «сахарного диабета», на приеме у врача и т.д.). Нас обеспокоил тот факт, что 30% респондентов не ведут подсчет ХЕ так как им не понятен этот способ подсчета и 13% пациентов вообще не имеют понятия об этом методе.

Наиболее часто встречающиеся ошибки у опрошенных респондентов, это не соблюдают правильность техники введения инсулина. 36% пациентов не соблюдают угол введения иглы, и 38% производят неверный набор дозы, поскольку большинство респондентов – это лица пожилого возраста, которые могут иметь проблемы со зрением, координацией, вследствие чего доза может быть превышена или снижена.

Мы выяснили, что 35% из всех применяемых препаратов инсулина составляет препарат ХУМАЛОНГ L (ультракороткого действия). Многим пациентам этот инсулин выписывает по льготной системе, так как он достаточно дешевый. К сожалению, этот препарат имеет достаточно большое количество побочных препаратов. 28% пациентов, находящиеся на лечение в стационаре получают инсулин НОВОРАПИД. Это аналог человеческого инсулина короткого действия, который активно используются при лечении диабета. 18 % получают Актрапид, цена которого делает его достаточно доступным почти для всех больных, особенно он популярен среди взрослого населения. Он удобен в применении, поскольку выпускается в шприц-ручке. Возможно его применение и в детской практике. 14% назначен ПРОТАФАН. Он имеет доступную цену, удобен в применении, так как тоже выпускается в шприц-ручке.

И только 5% респондентов получают препарат ЛАНТУС, который приобретают за свой счет. В настоящее время эндокринологи сходятся во мнении, что Лантус – будущий лидер всего мирового рынка. К сожалению он не входит в перечень льготных препаратов.

В нашем городе инсулиноterapia в основном проводится при помощи шприц-ручек и инсулиновых шприцов и лишь 0,3% пациентов получают инсулиноterapia с помощью инсулиновых помп. Это современный метод позволяет своевременно и точно получать необходимую дозу инсулина, что снижается риск развития осложнений. К большому сожалению, этот метод является дорогостоящим, так как расходные материалы и сами инсулиновые помпы в основном производятся в Европейских странах.

При соблюдении всех рекомендаций, проведении регулярного самоконтроля пациент не то что может, но и должен полноценно жить, участвовать в трудовой и общественной деятельности, лишь с условием некоторых ограничений и медикаментозной терапии.

В заключении нам хочется отметить, что сахарный диабет – это не приговор, а новый образ жизни!

#### **Список литературы:**

1. Астамирова Х. С., Ахманов М. С. Большая Энциклопедия Диабетика. М.: Эксмо, 2014 г.
2. Астамирова Х. С., Ахманов М. С. Настольная книга диабетика. Пятый вариант. — М.: Эксмо, 2010. — 7 000 экз.
3. Дедов И.И. Инновационные технологии в лечении и профилактике сахарного диабета и его осложнений. Сахарный диабет. М- 2013, № 3, сир. 2-10
4. Клиническая эндокринология. Руководство / Н. Т. Старкова. — издание 4-е переработанное и дополненное. — Санкт-Петербург: Питер, 2012. — 576 с. — («Спутник Врача»).
5. Ягудина Р. И., Куликов А. Ю., Аринина Е. Е. Фармакоэкономика сахарного диабета второго типа // М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2013. — 352С.

## ПРОФИЛАКТИКА САХАРНОГО ДИАБЕТА У ЖЕНЩИН МЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА

*Слупская И.В., Ефимова Н.Н., Шалушкина И.Ф.  
ГАПОУ СО «Саратовский областной базовый медицинский колледж»*

Несмотря на существенные достижения в лечении сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), они по - прежнему являются основной причиной смерти женщин в большинстве стран мира, и, в отличие от регистрируемого в последнее десятилетие снижения смертности от ССЗ у мужчин, у женщин она остается стабильной или устойчиво повышается и прогнозируется ее дальнейший рост среди женщин в связи с постарением населения.

В качестве основной причины роста риска ССЗ у женщин рассматривается эстрогеновый дефицит [6].

Имеется достаточно сведений, свидетельствующих о половых различиях в обмене глюкозы и инсулина. В большинстве исследований было показано, что менопауза сопровождается постепенным повышением инсулинорезистентности, что способствует развитию относительной гиперинсулинемии, увеличению уровня глюкозы в плазме натощак и нарушению углеводного обмена. При этом авторы объясняют данные изменения, как непосредственным влиянием дефицита эстрогенов, так и изменением массы тела и неблагоприятными метаболическими изменениями, которые сопровождают менопаузу.

Различные нарушения углеводного обмена наиболее часто встречаются в постменопаузе, и во многих исследованиях у женщин постменопаузального возраста было отмечено более тяжелое течение сахарного диабета (СД) 2 типа и худший прогноз заболевания. По данным большинства исследований СД 2 типа у женщин встречается чаще, чем у мужчин и является более значимым фактором риска (ФР) ССЗ [5]. У женщин с СД 2 типа риск смерти от ССЗ на 50% выше, чем у мужчин. Риск развития ССЗ у женщин, страдающих СД 2 типа, возрастает в 3-7 раз по сравнению со здоровыми женщинами того же возраста [1,5].

У женщин ишемическая болезнь сердца развивается в среднем на 10 лет позже, чем у мужчин, однако, у женщин с СД 2 типа половые различия в

развитии ишемической болезни сердца нивелируются и частота возникновения ишемической болезни сердца у женщин с СД 2 типа не отличается от таковой у мужчин сопоставимого возраста. Такое выраженное влияние СД 2 типа на развитие ишемической болезни сердца во многом объясняется ассоциацией у женщин СД 2 типа с другими множественными сердечно-сосудистыми ФР, что в сочетании с анатомическими особенностями кровеносных сосудов приводят к быстрому развитию поражения органов-мишеней и прогрессированию ССЗ [1,4].

Увеличение массы тела с формированием абдоминального ожирения, изменение чувствительности тканей к инсулину и метаболические нарушения, развивающиеся в период менопаузального перехода, существенно возрастают после наступления менопаузы и становятся основой для формирования менопаузального метаболического синдрома (МС) - преддиабетического состояния [1,2].

Широкая распространенность, междисциплинарность проблемы МС особо подчеркивается в Консенсусе Экспертов по МС [2] и Рекомендациях международных обществ по менопаузе [3,6].

Клиническая значимость выявляемых нарушений заключается в том, что их сочетание ассоциируется с высоким риском развития СД 2 типа. С другой стороны, МС является обратимым состоянием и при соответствующем лечении и усилении профилактических мероприятий можно добиться исчезновения или, по крайней мере, уменьшения выраженности его проявлений [1,2].

Если учесть, что климактерий занимает треть жизни женщины, становится очевидной медицинская и социальная значимость проблемы и важность раннего начала превентивных мероприятий, направленных на коррекцию основных кардиометаболических ФР и формирование здорового образа жизни, что существенно повышает роль фельдшера в профилактике развития МС и СД 2 типа.

В действительности многие из ФР ССЗ у женщин могут быть изменены с помощью модификации образа жизни, активного лечения артериальной гипертензии (АГ) и метаболических нарушений.

АГ является одним из составляющих МС и вносит самостоятельный вклад в нарушение углеводного обмена. Сочетание СД и АГ приводят к дополнительному четырехкратному увеличению сердечно-сосудистого риска.

До наступления менопаузы АГ у женщин встречается реже, чем у мужчин. Переломным моментом в развитии АГ у женщин является перименопаузальный период, в котором частота АГ возрастает и впоследствии в постменопаузе начинает превышать аналогичный показатель у мужчин. Даже высокое нормальное артериальное давление (АД) связано с увеличением риска ССЗ и результаты целого ряда исследований показали, что незначительное снижение уровня АД способствует значительному сокращению риска ССЗ. Подсчитано, что снижение систолического АД на 10 мм рт.ст приводит к сокращению сердечно-сосудистых событий в последующем на 25%, в связи с чем большое значение имеет контроль АД, достигающийся не только регулярным приемом антигипертензивных препаратов, но и одновременным изменением образа жизни – снижением массы тела, увеличением физической активности, ограничением приема соли [2,3].

Наличие абдоминального ожирения как основного критерия МС отражает его ключевую роль в патогенезе данного состояния: ожирение вносит вклад в развитие АГ, способствует развитию липидных нарушений, ассоциируется с гипергликемией и тесно связано с повышенным риском развития СД 2 типа.

На сегодняшний день общепризнано, что лечение ожирения должно быть приоритетной целью при коррекции метаболических нарушений. Диета и физические упражнения очень эффективны для снижения риска МС, СД и должны быть рекомендованы всем женщинам в пери - и постменопаузе [1,2].

В качестве терапии первой линии должно выступать снижение веса за счет ограничения энергетической ценности потребляемой пищи и усиления физической активности. Сбалансированная диета для женщин в перименопаузальный период должна быть богатой фруктами, овощами, клетчаткой (5-6 порций в день) и белками (включая рыбу дважды в неделю). Ежедневно необходимо потреблять < 1 чайной ложки соли, а прием с пищей холестерина должен быть ограничен < 300 мг. Рекомендуется ежедневно включать в диету один грамм кальция и 800 МЕ витамина Д.

Регулярные физические занятия способствуют значительному (более чем на 75%) снижению сердечно-сосудистого риска и этот показатель еще выше у женщин, имеющих множественные ФР. Оптимальная программа для более молодых, здоровых женщин в ранней постменопаузе должна включать, регулярную физическую активность, по крайней мере, 30 минут умеренных физических занятий не менее 5 раз в неделю. Доказано, что адекватная физическая активность воспроизводит многие положительные эффекты менопаузальной гормональной терапии. С возрастом необходимо корректировать физические нагрузки. Аэробные упражнения (на свежем воздухе – ходьба и плавание) улучшают углеводный обмен и липидный профиль, снижают АД. Анаэробные упражнения (силовые – подъем тяжестей) способствуют сохранению и увеличению минеральной плотности костной ткани за счет формирования гибкости, прочности и силы.

Рекомендуемые физические упражнения должны быть сбалансированы и учитывать индивидуальные особенности женщины, состояние сердечно-сосудистой системы и мышечную силу. Достаточное употребление кальция усиливает действие физических упражнений [2].

Современные научные данные подтверждают, что снижение веса и регулярная физическая активность способствуют благоприятным липидным изменениям - снижению уровня атерогенных фракций липидов и повышению уровня антиатерогенного холестерина высокой плотности, нормализуют уровень АД и показатели гликемии, что в конечном итоге приводит к существенному снижению сердечно-сосудистого риска [1,2]. Целесообразно достижение снижения массы тела на 7-10% за 6-12 месяцев.

Важным профилактическим мероприятием является отказ от курения. По сравнению с некурящими женщинами у курильщиц чаще определяются более низкие значения эстрогенов и усиление образования андрогенов. В многочисленных исследованиях доказана взаимосвязь курения в данный момент или ранее, с продолжительностью и числом выкуриваемых сигарет в день с наличием и тяжестью климактерических симптомов в пери- и постменопаузе.



Некурящие женщины, подвергаемые «пассивному» курению дома также чаще испытывают вазомоторные проявления. Курение, особенно у молодых женщин, существенно увеличивает риск развития ССЗ и напрямую зависит от количества выкуриваемых сигарет. В отличие от мужчин, у которых выкуривание более 15 сигарет в сутки увеличивает риск, у женщин риск увеличен даже при выкуривании 1-4 сигарет [3].

Таким образом, необходимым условием успешного лечения и профилактики СД 2 типа и МС у женщин менопаузального периода, является формирование здорового образа жизни, что существенно повышает роль фельдшера в проведении профилактических мероприятий. Одной из важнейших и первостепенных задач, стоящих перед фельдшером, является активное выявление и коррекция основных сердечно-сосудистых ФР, наблюдение за женщинами и повышение их мотивации к формированию здорового образа жизни, что в конечном итоге будет способствовать профилактике МС и сахарного диабета 2 типа.

### **Список литературы:**

1. Григорян О.Р. Менопаузальный синдром у женщин с сахарным диабетом. Проблемы репродукции. Сахарный диабет. 2013; 3:103-108.
2. Консенсус Экспертов по междисциплинарному подходу к ведению, диагностике и лечению больных с метаболическим синдромом. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2013; 12(6):41–81.
3. Менопаузальная гормонотерапия и сохранение здоровья женщин в зрелом возрасте. Клинические рекомендации (протокол лечения). Письмо Минздрава России от 02.10.2015 N 15-4/10/2-5804.
4. Толстов С.Н., Салов И.А., Ребров А.П. Кардиометаболические факторы риска у женщин климактерического периода, возможности коррекции выявленных нарушений. Дневник казанской медицинской школы 2017; выпуск №11 (XVI):25-32.
5. Anagnostis P, Majeed A, Johnston DG, et al. Cardiovascular risk in women with type 2 diabetes mellitus and prediabetes: is it indeed higher than men? Eur J Endocrinol. 2014; 171:R245-55.
6. Baber RJ, Panay N, Fenton A and the IMS Writing Group NS 2016 IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy. Climacteric 2016;19(2):109–50.

## ВЫЯВЛЕНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА У СТУДЕНТОВ И СОТРУДНИКОВ КОЛЛЕДЖА

*Полотнянко Л. И., Тагирова Т.А.*

*ФГБ ПОУ «Ульяновский фармацевтический колледж»*

Проблема сахарного диабета имеет большую медико-социальную значимость. Заболеваемость сахарным диабетом приняла масштабы эпидемии. Во всём мире им страдает более 450 млн. человек. На 1 января 2017 г. в России насчитывалось около 4,3 млн. больных СД, из 2 типа - 3,9 млн. человек. Исследователи считают, что численность больных приблизительно в 3-4 раза больше и достигает 9 – 10 млн. человек, то есть около 7% населения. Согласно данным статистики около 50% больных умирают от острой почечной недостаточности, инфаркта миокарда, от атеросклероза конечностей, мочекаменной болезни. Ежегодно более 1 миллиона человек лишаются нижней конечности, а более 700 тысяч – зрения.

Сахарный диабет – заболевание эндокринной системы, которое характеризуется нарушением метаболизма, особенно углеводного обмена, особенно опасен *скрытый (латентный) сахарный диабет, который сложно диагностировать даже с помощью лабораторных тестов.*

Единственный способ диагностировать скрытый сахарный диабет – провести тест толерантности к глюкозе.

Цель глюкозотолерантного теста - определить эффективность работы инсулиновыделительного аппарата поджелудочной железы.

Тест толерантности к глюкозе проводится только в случае, если уровень глюкозы натощак меньше 7,8 ммоль/л.

**Цель работы:** оценить риск развития сахарного диабета у студентов и сотрудников УФК.

Для оценки толерантности к глюкозе был выбран облегченный модифицированный пероральный глюкозотолерантный тест «Глюкоза после завтрака». Этот тест более физиологичен и не обуславливает большую нагрузку

инсулинвырабатывающему аппарату поджелудочной железы, как это предусматривается классическим ГГТ.

Перед проведением исследования рассчитан физиологический завтрак из расчета 7 хлебных единиц. За основу взят физиологический завтрак, рекомендуемый при проведении ГГТ беременным.

Состав завтрака:

- 40 г. белого хлеба из пшеничной муки высшего сорта;
- банан средней степени зрелости (140 г);
- 40 г. молочного шоколада;
- 200 мл натурального йогурта 1,5% жирности.

Для участия в исследовании приглашены желающие из числа студентов и сотрудников. Всем им даны рекомендации по подготовке к проведению теста.

15 марта 2017 года проведено определение содержания глюкозы в капиллярной крови 14 сотрудникам и студентам колледжа, изъявившим желание принять участие в обследовании. 93 % обследованных – женщины.

Возраст испытуемых варьировал от 18 до 70 лет.

43% испытуемых были в возрасте до 25 лет.

Забор капиллярной крови проводился по общепринятой методике.

Для определения содержания глюкозы использован портативный глюкометр Accu-Chek Performa Nano фирмы «Roshe».

Использовались тест-полоски с диапазоном измерений от 2,7 до 17 ммоль/л.

Оценка результатов проведена по рекомендациям ВОЗ (2015 г).

Натощак глюкозы должно быть 3,3–5,5 ммоль/л.

Через 2 часа после завтрака <7,8.

В случае сахарного диабет натощак должно быть >6,1, через 2 часа – больше 11,1 ммоль/л.

Содержание глюкозы в крови натощак выше нормы отмечено в 2 пробах, что составило 14% от числа исследований. Все испытуемые с гипергликемией натощак относились к возрастной категории старше 65 лет.

Содержание глюкозы ниже нормы не обнаружено.

У всех испытуемых уровень глюкозы натощак меньше 7,8 ммоль/л, поэтому противопоказаний для проведения теста толерантности к глюкозе у них не выявлено.

Всем испытуемым предложено принять физиологический завтрак и заметить время начала приема завтрака. Через два часа после употребления физиологического завтрака проведено повторное определение содержания глюкозы в крови.

Установлено, что ни одного из испытуемых содержание глюкозы после завтрака не превышает 7,8 ммоль/л. Следовательно, ни у одного из испытуемых не обнаружены признаки сниженной толерантности к глюкозе.

У 36% испытуемых содержание глюкозы после завтрака превышает средние нормы глюкозы в крови.

Всем испытуемым проведено анкетирование для выявления риска развития сахарного диабета.

При анализе результатов анкетирования высокий риск развития сахарного диабета имеет 6 испытуемых, составило 43% обследованных. Все они относились к возрастной категории старше 55 лет.

Наиболее часто выявляемым фактором риска является увеличение индекса массы тела и объема талии, которые в современной диабетологии рассматриваются как основные признаки метаболического синдрома – предшественника сахарного диабета. При анализе индекса массы тела установлено, что 21% обследованных имеют индекс массы тела более 30 кг/м<sup>2</sup> и все они относятся к возрастной группе старше 65.

Объем талии больше 88 см выявлен у 6 обследованных, что составило 43% всей выборки при анализе возрастной структуры этой группы, установлено, что повышение объема талии отмечено у 100% лиц старше 65 лет, у 67% - в возрастной категории 55-64 года и у 100 % лиц в возрасте 45-54 лет.

При сопоставлении исходного уровня глюкозы и уровня глюкозы после ГТТ, установлено, что через два часа после нагрузки содержание глюкозы у 50% испытуемых выше исходного значения, у 14% - ниже, а у 36% соответствует содержанию глюкозы натощак.

Сочетание высокого риска развития сахарного диабета и повышенного содержания глюкозы после теста обнаружено в 4 случаях, что соответствует 29% обследованных.

Все относятся к возрастной группе старше 55 лет.

**Проведенные исследования позволили сделать следующие выводы:**

1. Содержание глюкозы в крови натощак выше нормы отмечено в 2 пробах, что составило 14% от числа исследований. Содержание ниже нормы не обнаружено.

2. Через два часа после нагрузки содержание глюкозы у 50% испытуемых выше исходного значения, у 14% - ниже, а у 36% соответствует содержанию глюкозы натощак.

3. Высокий риск развития сахарного диабета имеет 43% обследованных. Все они относились к возрастной категории старше 55 лет.

4. У 29% обследованных высокий риск сочетается с повышением уровня глюкозы после глюкозотолерантного теста.

Все лица с высоким риском в сочетании с повышением уровня глюкозы направлены на консультацию для более детального обследования и выявления причины нарушения метаболизма глюкозы.

**Список литературы:**

1. Полотнянко Л.И. Лабораторная диагностика патологических состояний (учебное пособие) - 2006г. 295с.

2. Биохимия: учебник для вузов /под ред. Е.С. Северина. – Москва: ГЭОТАР-МЕД, 2003. – 779 с.

3. Болезни органов эндокринной системы: Руководство для врачей/ И.И. Дедов, М.И. Балаболкин, Е.И. Марова и др.; Под ред. Акад. РАМН И.И. Дедова. – М.: Медицина, 2015.

4. Сахарный диабет: острые и хронические осложнения / Под ред. И.И. Дедова, М.В. Шестаковой. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2015.

5. О. И. Залюбовская, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой клинической лабораторной диагностики, Национальный фармацевтический университет.

## САХАРНЫЙ ДИАБЕТ – НЕ БОЛЕЗНЬ, А ОБРАЗ ЖИЗНИ

*Федоровичев В. А., студент; Белянкина О.Е., руководитель  
Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение  
Нижегородской области «Арзамасский медицинский колледж»*

### **Введение**

Сахарный диабет – это эндокринное заболевание, характеризующееся хроническим повышением уровня сахара в крови вследствие абсолютного или относительного дефицита инсулина – гормона поджелудочной железы.

В первые, термин «Диабет» ввел римский врач Аретиус, живший во втором веке нашей эры. Он описывал болезнь так: «Диабет – ужасное страдание, не очень частое среди мужчин, растворяющие плоть и конечности в мочу. Пациенты, не переставая, выделяют воду, как сквозь открытые водопроводные трубы. Жизнь коротка, неприятна, жажда неутолима. У них отмечается тошнота, перевозбудимость и погибают в течении короткого промежутка времени».

В 1921г. в Торонто, молодой врач выделил особое вещество поджелудочной железы собаки, и оказалось, что оно снижает уровень сахара в крови у собак больных сахарным диабетом. Это вещество было названо инсулин, а в январе 1922г. первый пациент получил инъекции инсулина. Это спасло ему жизнь.

### **В наше время**

Сахарный диабет в наше время значится в списке самых распространённых заболеваний и по распространённости уступает лишь сердечно-сосудистым заболеваниям и раку. Сахарный диабет признан неинфекционной эпидемией нашего столетия благодаря стремительному распространению среди населения.

Согласно оценке ВОЗ в 2016 году 1,6 миллиона случаев смерти были напрямую вызваны диабетом, а еще 2,2 миллиона случаев смерти в 2012 г. были обусловлены высоким содержанием глюкозы в крови.

Почти половина всех случаев смерти, обусловленных высоким содержанием глюкозы в крови, происходит в возрасте до 70 лет. По оценкам ВОЗ диабет занимал седьмое место среди причин смертности в 2016 г.

Россия входит в пятерку стран мира в рейтинге по заболеваемости сахарным диабетом. В целом уровень подошел вплотную к эпидемиологическому порогу. При этом, по словам научных экспертов, реальные цифры людей с этой болезнью в два-три раза выше.

В России насчитывается более 280 тысяч диабетиков, имеющих заболевание первого типа. Эти люди зависят от ежедневного введения инсулина, среди них 16 тысяч детей и 8,5 тысяч подростков. Что касается выявления заболевания, то на территории России более 6 миллионов людей не знают о том, что у них имеется сахарный диабет.

### **Классификация сахарного диабета**

Сахарный диабет это не единое заболевание с одними и теми же симптомами, он различается по типу.

**Сахарный диабет первого типа** (инсулинозависимый) развивается чаще в раннем возрасте: у детей, подростков, молодых людей, но это не значит, что сахарный диабет первого типа бывает только у молодых людей, он может развиваться и в более зрелом возрасте, к этому приводит воздействие на поджелудочную железу (инфекция, токсины и т.д.). При этом типе сахарного диабета пациенту необходимо вводить себе инсулин с помощью инъекций.

**Сахарный диабет второго типа** (инсулинонезависимый) обычно развивается у людей старше 40 лет, имеющих избыточный вес. Это самый распространенный тип болезни, он встречается в 80-85% случаев. При этом типе диабета инсулина не достаточно, что бы нормализовать уровень сахара в крови. При этом типе диабета необходимо изменить диету, увеличить интенсивность физических нагрузок и слегка похудеть.

**Вторичный (симптоматический) сахарный диабет.** Прогрессирует в случае удаления поджелудочной железы или при ее поражении вследствие иных заболеваний: панкреатит, рак, гемохроматоз. По признакам

симптоматический сахарный диабет идентичен с диабетом первого типа. Если же вызван болезнями надпочечников и гипофиза протекает как диабет второго типа.

**Диабет беременных** может проявиться именно в периоде беременности, так как все органы женщины работают за двоих. Одним из следствий такого диабета могут быть выкидыши, мертворождения или рождение здоровых, но очень крупных детей, поэтому такие женщины должны проходить скрининг на диабет. После беременности диабет может исчезнуть, а может и остаться.

**Скрытый сахарный диабет.** Так именуется состояние, при котором сахар крови до еды и после еды нормальный, а патологические цифры получают только при нагрузке глюкозой – так называемая сахарная кривая. Такой диабет может развиваться в – явный диабет. Лечится диетой с ограничением углеводов и нормализацией массы тела.

### **Причины возникновения сахарного диабета первого типа**

Нужно понимать, что сахарный диабет не развивается от переедания сладкого. Одной из основных теорий, объясняющих причины развития сахарного диабета является теория, с вирусной инфекцией и наследственностью.

**Роль вирусов** в развитии заключается в том, что вследствие попадания их в организм начинается выработка антител, но при наличии наследственных особенностях иммунитета, она не прекращается и начинается атака на клетки собственного организма, в нашем случае этими клетками становятся клетки поджелудочной железы, которые вырабатывают инсулин.

**Роль наследственности** в проявлении сахарного диабета относительна, так как наследуется не само заболевание, а лишь предрасположенность к ней и сама болезнь может и не проявиться.

По этому главным фактором, провоцирующим возникновение диабета, является вирусная инфекция на фоне генетической предрасположенности к сахарному диабету.

### **Причины возникновения сахарного диабета второго типа**

Существует два основных фактора, которые провоцируют развитие сахарного диабета второго типа: ожирение и наследственность. При наличии



ожирения первой стадии риск увеличивается в 2 раза, при второй стадии – в 5 раз, при третьей стадии – более чем в 10 раз. Если у ближайших родственников или родителей есть сахарный диабет, то риск развития заболевания возрастает в 2-6 раз.

### **Сахарный диабет – не болезнь, а образ жизни**

Большинство ученых считают, что диабет это именно особый образ жизни, так как при правильном активном образе жизни и контроле над сахаром в крови можно избежать всех осложнений, связанных с сахарным диабетом. При выполнении ряда правил, человек с сахарным диабетом ничем не отличается от других людей, у него отсутствуют симптомы и не развиваются осложнения.

Одной из основных составляющих образа жизни человека с сахарным диабетом является физическая активность. Последние исследования диабетологов показывают, что люди с сахарным диабетом, занимающиеся физкультурой регулярно, имеют более благоприятные прогнозы относительно осложнений: ретинопатии, нефропатии, нейропатии, а при уже имеющихся осложнениях, они приводят к менее фатальным обстоятельствам.

Можно привести в пример некоторых олимпийских спортсменов, у которых есть сахарный диабет, так например известный хоккеист Бобби Хала, который болел сахарным диабетом первого типа с детства. Его суточная потребность в инсулине во время тренировок составляет 6-8 ЕД в сутки. Обычная же дозировка была 50-60 ЕД в сутки.

Еще один пример – Адриан Марплз, чемпион мира по троеборью, так же болен сахарным диабетом первого типа с 13 лет и во время соревнований у него всегда с собой глюкоза на случай гипогликемии.

Эти примеры являются ярким доказательством того, что при сахарном диабете возможно достижение высоких результатов в любых сферах жизни и даже в спорте, но главными условиями являются: достижение нормогликемии, соблюдение особого образа жизни и физическая нагрузка.

### Список литературы:

- Боженков Ю.Г. Сахарный диабет – М.: «Эталон», 2013. – 56 с.
- Дедов И. И., Майоров А. Ю., Суркова Е. В. Сахарный диабет 2 типа. Книга для пациентов.-2005.- 114с.
- Покровский Б. М. Лечение диабета // ООО «АСС-Центр».-2005.- 64с.
- Правильное питание при сахарном диабете // М.: Изд. Дом «Рипол Классик».- 2008.- 64с.
- Уоткинс П. Дж. М. Сахарный диабет // Издательство БИНОМ.-2006.- 134с.

## САХАРНЫЙ ДИАБЕТ – АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОСТИ

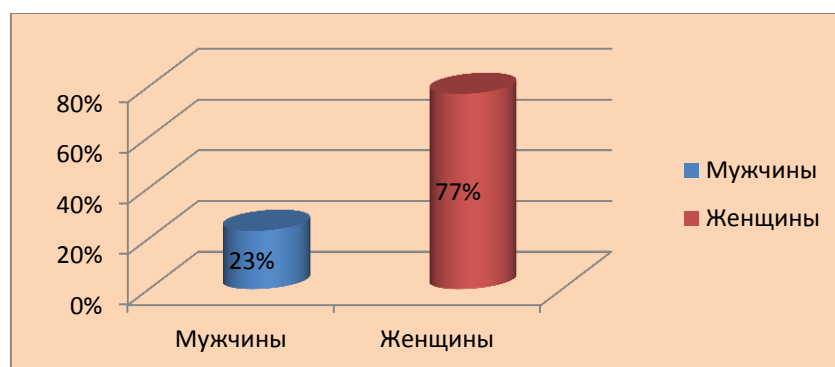
*Федорова Ю. С., студентка; Шарова Н. А., руководитель  
ГАПОУ СО «Балаковский медицинский колледж»*

Сахарный диабет является актуальной медико-социальной проблемой современности, которая по распространенности и заболеваемости имеет все черты эпидемии, охватывающей большинство экономически развитых стран мира. В настоящее время, по данным ВОЗ, в мире уже насчитывается более 415 миллионов больных, их количество неуклонно растет и к 2040 году достигнет 642 миллионов.

Прогноз при Сахарном диабете не благоприятный, развивается высокий риск развития осложнений. Смертность превышает 50% при крайне тяжелых случаях.

Борьба с сахарным диабетом и его осложнениями зависит не только от согласованной работы всех звеньев специализированной медицинской службы, но и от самих больных, без участия которых не могут быть достигнуты целевые задачи по компенсации углеводного обмена при сахарном диабете, а его нарушение и вызывает развитие сосудистых осложнений.

Было проведено анкетирование среди пациентов, находившихся на лечении в ГУЗ СО «Городская больница» г. Балаково эндокринологического отделения. Было опрошено 26 пациентов с диагнозом СД 1 и 2 типа, СД в\в и среди них было выявлено у 18 пациентов осложнения, у 8 пациентов осложнения не выявлены. Выявлено, что частота осложнений не зависит от пола. Так из 26 человек 20 женщин (77%) и 6 мужчин (23%) (рис.1)



**Рис.1 Соотношение полов прошедших анкетирование**

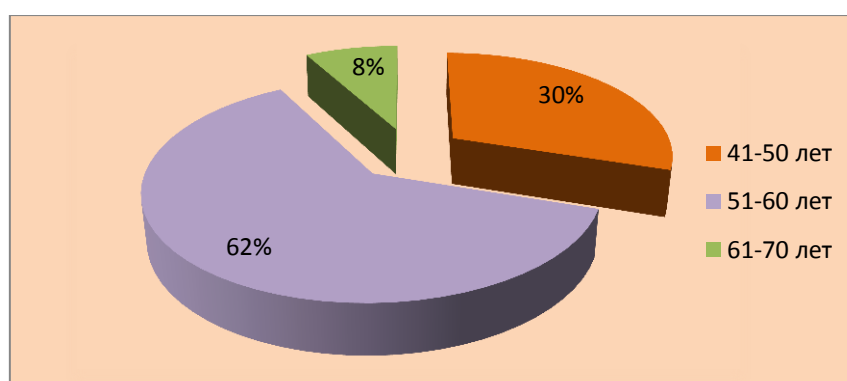
Вывод: женщины болеют чаще сахарным диабетом 2 типа, чем мужчины.

Анализируя данные, мы составили таблицу и увидели, что чаще всего осложнениям подвержены пациенты в возрастной группе 51-60 лет, что составляет 53,8%, также возникает чаще СД 2 типа, что составляет 77% и подвержены этому заболеванию чаще женский пол.

**Таблица 1. Частота выявления сахарного диабета 2 типа в зависимости от пола и возраста.**

Число пациентов	Пол		Возрастные группы					Число случаев	%
	Муж.	Жен.	31-40	41-50	51-60	61-70	70 и старше		
СД 2 типа 77%	4	16	-	8	10	2	-	20	77%
СД в\в 23%	2	4	-	2	4	-	-	6	23%
	<b>23%</b>	<b>77%</b>	-	<b>38,4%</b>	<b>53,8%</b>	<b>7,6%</b>	-	<b>100%</b>	<b>100%</b>

На основании данной таблицы, мы сделали рис.2 из которого видно, что возрастная категория от 41-50 лет составляет 30%, от 51-60 лет составляет 62%, от 61-70 лет составляет 8%.



**Рис 2. Возрастные группы**

Вывод: чаще подвержены этому заболеванию возрастная группа 51-60 лет.

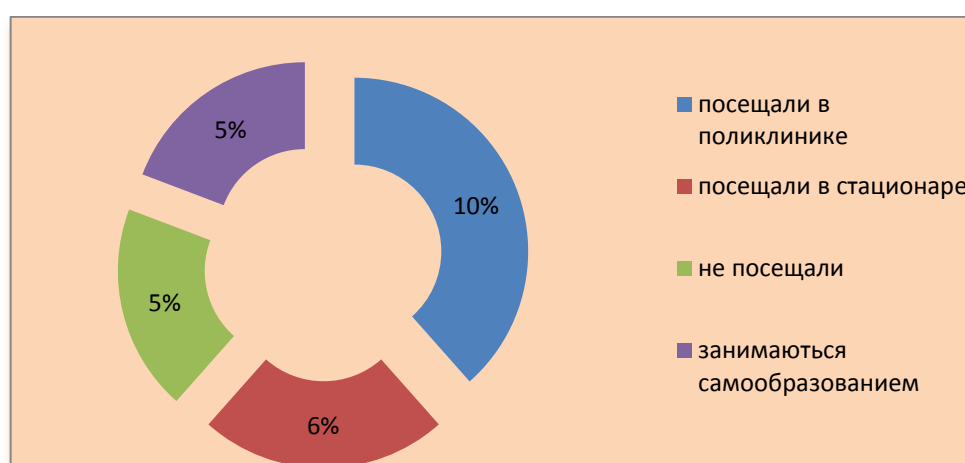
Анализируя данные мы выяснили и в данной таблице показано процентное соотношение возрастных групп и клинических проявлений. Больше всего случаев приходится на атеросклероз нижних конечностей 34,6% в возрастной группе 61-70 лет, полинейропатия - 23% в возрастной группе 61-70 лет, ретинопатия - 19,2% в возрастной группе 51-60 лет, трофические язвы - 7,6% в возрастной группе 61-70 лет и 51-60 лет, ампутация - 3,8% в возрастной группе 61-70 лет, потеря сознания - 3,8% в возрастной группе 61-70 лет, ХПН - 7,6% в возрастной группе 51-60 лет и 61-70 лет.

**Таблица. 2 Соотношение возрастных групп и осложнений.**

	Всего		Возрастные группы		
	Случаев	%	41-50	51-60	61-70
Всего	26	100%	2	10	14
Атеросклероз нижних конечностей	9	34,6%	1	2	6
Полинейропатия	6	23%	1	2	3
Ретинопатия	5	19,2%	-	3	2
Трофические язвы	2	7,6%	-	1	1
Ампутация	1	3,8%	-	-	1
Потеря зрения	1	3,8%	-	-	1
ХПН	2	7,6%	-	1	1

Вывод: чаще всего встречаются в возрасте 61-70 лет, осложнение чаще всего атеросклероз нижних конечностей.

Все пациенты с сахарным диабетом в\в должны проходить обучение в «Школе диабета». Из 26 опрошенных пациентов 10 прошли обучение в поликлинике, 6 - в эндокринологическом отделении, 5 - не посещали занятия , 5 - занимаются самообразованием и получают всю необходимую информацию из интернета. Мы увидели, что 5 пациентов не понимают серьезность заболевания и им нужно получать от медицинских работников все необходимые знания, которые помогают добиться стабильности в своем заболевании и защитить себя от осложнений.



**Рис. 3 Посещаемость «Школы диабета»**

Вывод: мы выяснили, что чаще всего пациенты посещали «школу диабета».

### Список литературы:

1. Воробьев А.И «Справочник практического врача» Пособие для врачей. М: Медицина, 2009. – 648 с.
2. Дедов И.И., Сурков Е.В., Майоров А.Ю. «Сахарный диабет I и II типа» Книга для пациентов. – М.: Министерство здравоохранения и социального развития РФ ГУ Эндокринологический научный центр РАМН, 2009. – 80 с;
3. Кузнецов С.Л., Мушкабаров Л.Д. «Гистология, цитология и эмбриология». Учебник для медицинских вузов. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009. – 600 с.;
4. Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Сулимов В.А. «Внутренние болезни» Учебник для медицинских вузов – 6-е изд. – ГЭОТАР-МЕДИА, 2012-768 с.
5. Смолева Е.В. «Терапия с курсом первичной медико-санитарной помощи» / Э.В. Смолева, Е.Л. Аподиакос – изд. 12-е. – Ростов н/Д: Феникс, 2014. – 652, (1) с.,( Среднее профессиональное образование)
6. Хворостинка В.Н., Лесовой В.И., Моисеенко Т.А. «Клиническая эндокринология». Учебник для медицинских вузов. – М.: Факт, 2008. – 543с.;
7. Шестакова М.В., д.м.н., профессор «Сахарный диабет у пациентов групп риска». Пособие для врачей. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. – 484 с.;
8. Журнал «Диабет. Образ жизни под редакцией д.м.н., проф. Ахметова А.С. М.: ОАО «Агентство Роспечать», 2008. – экз.
9. Портал эндокринологических мероприятий России [www.rusendo.com](http://www.rusendo.com)

## ОБРАЗ ЖИЗНИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

*Корезина Е.С., Шестопалова Э. С., студентки;  
Медведева Е.Н., руководитель  
ГБПОУ «Ейский медицинский колледж»*

Никто не застрахован от сахарного диабета, им может заболеть каждый. Существуют способы профилактики, снижающие риск заболевания, но и они не являются гарантией того, что диабет вас не настигнет.

Во-первых, диабет – одно из тяжелейших заболеваний, которое не знает пощады, поражая и детей, и взрослых. Во-вторых, по темпам роста числа заболевших оно, несомненно, занимает одно из ведущих мест среди самых опасных и распространенных болезней. В-третьих, диабет – одно из немногих заболеваний, и среди тяжелейших, вероятно, единственное, где успех лечения зависит исключительно от вас самих. Сегодня мир имеет достаточное количество лекарств от диабета. Болезнь по-прежнему не излечивается полностью, **но уже не считается смертельной**. Лекарства от диабета позволяют пациентам жить долгой полноценной жизнью.

Однако неправильным является применение при диабете только лекарственных препаратов. Лечение неэффективно, если человек не меняет образ жизни, если не осуществляет самоконтроль, не соблюдает диету и не осуществляет комплекс оздоровительных процедур.

**Секрет долгой и счастливой жизни с диабетом покоится на трех китах – правильном питании, физической активности и регулярном приеме индивидуально подобранных лекарств.**

Мы уже выяснили, что сахарный диабет – это не болезнь, а определенный образ жизни. Чтобы «уйти» от болезни, надо уйти от неправильного образа жизни. Это сложно? Нет, поскольку в том, чтобы вы были здоровы, нуждается не только вы сами, но и ваши дети, внуки, ваша семья. Утраченное вследствие болезни здоровье не позволит вам заниматься любимой работой, а некоторые осложнения, возникающие вследствие хронически повышенного уровня сахара в крови, могут лишить вас радости передвижения и способности видеть

окружающий мир. Разве красота земной природы или счастье от того, что вы можете быть полноценным членом своей семьи, не стоят того, чтобы сделать над собой усилие и победить тот неправильный образ жизни, к которому вы, может быть, подсознательно приучены с самого детства?!

Не делайте поправок на возраст. Мы живем до тех пор, пока хотим жить. Молодость – это не состояние тела, а состояние души.

Понятно, начать новую практически жизнь трудно. Но **есть 12 правил**, которые позволят вам **сделать первые шаги в правильном направлении и уже никогда не «сходить с дистанции»:**

- *Приобретение продуктов.*

Начинайте с изменений в приобретении продуктов. Для кого вы покупаете сыр или колбасу? Для родственников? А едят ли они эти продукты? Может получиться так, что они и не любят их, и вам «придется» их съесть, чтобы они «не пропадали». Изменение образа жизни должно начинаться в магазине. Не покупайте продукты впрок. Иначе в один прекрасный день вы столкнетесь с проблемой их порчи и необходимостью быстро съесть.

- *Приготовление пищи.*

Продукты куплены. Начато приготовление обеда или ужина. Не пробуйте то, что вы готовите. Можно «напробоваться» на 2000 килокалорий (КК) в день. Это вам противопоказано. Если это необходимо, попросите попробовать пищу кого-нибудь из близких.

- *Прием пищи.*

Если вы живете в одиночестве и готовите еду только для себя, то готовьте пищу «на один раз», чтобы не доедать то, что осталось. Чтобы не переесть, вставайте из-за стола слегка голодным. Чувство сытости приходит не сразу, поэтому оставьте немного пустого места в своем желудке. Если у вас многочисленное семейство, никогда не доедайте за другими членами вашей семьи, в том числе и за ребенком. Любые причины, по которым вы переедаете, неуважительные.



- *Еда и телевизор.*

Никогда не ешьте перед телевизором. Происходящее на экране может поглотить настолько, что вы забудете, что перед вами целое ведро сметаны, и съедите его за полчаса. Если вы привыкли что-то жевать во время просмотра телепередач, то ешьте капусту. Можно квашеную, но без хлеба и без масла.

- *Еда и удовольствие.*

Но это удовольствие должна доставлять не сама еда, а обстановка, в которой вы принимаете пищу. Постелите красивую скатерть и не заставляйте ее большим количеством тарелок.

- *Еда и гости.*

В традициях нашего народа – приглашать гостей и устраивать застолья с большим количеством еды. По всей видимости, изменить эту национальную черту достаточно сложно. Тем не менее, вы должны знать, как вести себя в ситуации, когда вы оказались в компании перед накрытым столом.

Во-первых, очертите себе на столе границу, в пределах которой вы можете съесть любое количество продуктов. Выберите среди блюд те, что вам можно съесть (овощные салаты и т.п.).

Во-вторых, не афишируйте среди соседей по столу то, что вы соблюдаете диету. Всегда найдутся доброхоты, которые убедят вас в неправильности подобного поведения сегодня. Наконец, если уж вы соблазнили на вкусную еду и приняли избыточное количество КК, то придется попотеть, для того чтобы от них избавиться. Съели кастрюлю жареной картошки – бегом пять километров по пересеченной местности.

- *Как не бросить? Вы уже начали соблюдать диету. Как не бросить?*

Во-первых, всегда помните то, ради чего вы это делаете.

Во-вторых, помните, как тяжело было начинать. Продолжайте хотя бы для того, чтобы не начинать заново. Знайте – любой человек может похудеть, если он этого хочет.

Вы начали худеть. Но один килограмм в неделю не сделал вашу фигуру более стройной, и вам уже хочется все бросить. Не спешите. Потом вы будете

испытывать чувство вины из-за того, что не довели начатое дело до конца. Угрызения совести часто тяжелее физического недомогания.

- Промежуточный результат. Чтобы ваше похудение было более наглядным, разбейте вес, который вам необходимо сбросить, на несколько равных частей. Это будут те ступени, которые помогут осознать важность промежуточных результатов. Это будут ваши маленькие победы над собой. Только не надо отмечать каждый сброшенный килограмм в ресторане, иначе вся работа пойдет насмарку. Не переживайте, если в какой-то месяц не удалось добиться желаемого. Продолжайте меняться, и на следующей неделе результаты вас поразят.

- Фотография на холодильнике. Вы уже похудели на 10-15 кг. Наверняка многие проблемы решены, и бросать следить за питанием вы не собираетесь. Если вам все еще тяжело – приклейте на холодильник свою старую фотографию, где ваш вес больше сегодняшнего. Туда же можете повесить и список болезней, которые вас погубят, если вы не станете следить за своим весом.

- Не спешите. «Тише едешь – дальше будешь». Не старайтесь похудеть быстро. То, что быстро приобретается, то и теряется очень быстро. Снижайте свой вес постепенно, без рывков. Так конечный результат будет лучше. В марафонской дистанции выигрывает не самый быстрый, а самый выносливый – помните об этом.

- Выбирайте компанию. Не надо рассказывать всем окружающим о том, сколько и какие болезни вы перенесли. Выбирайте себе компанию, в которой говорить о болезнях неприлично. Найдите спутника или нескольких человек, которые имеют те же проблемы и хотели бы похудеть. Встречайтесь, обменивайтесь рецептами, обсуждайте свои проблемы. Только делайте это не за столом, а на прогулке в парке.

- Помогите другим. Вспомните, как тяжело вам было вначале. Не упускайте возможности рассказать другим, как помогло вам то, что вы похудели.

- Осознайте свою ответственность. Человеку всегда трудно обвинить себя в своих проблемах. Гораздо легче найти «виноватого». Хочется вызвать к себе жалость и сочувствие со стороны окружающих людей.

Конечно, можно прийти к врачу и попросить у него таблетку от всех болезней сразу. Но такой таблетки нет. Только сами, своими усилиями вы можете восстановить свое здоровье. Не пытайтесь сваливать вину за свое заболевание на врача или на государство. Ваше здоровье – ваша частная собственность. Если вы купили автомобиль и оставили его на улице с открытыми дверями, то смешно обвинять государство в том, что его угнали. Так и с вашим здоровьем. О нем вы должны заботиться сами. Таким образом, каждый человек должен знать, что такое сахарный диабет, как вовремя его обнаружить и как прожить с ним так, чтобы ни один год, ни один день жизни не был потерян из-за этой болезни. В мире давно известно, что больные сахарным диабетом дольше живут и имеют меньше осложнений, если они хорошо обучены и обладают обширными и достоверными знаниями о своей болезни, а рядом всегда есть врач, которому они доверяют и могут посоветоваться с ним.

### **Список литературы:**

- 1) Ахманов, М. Диабет. Стратегия жизни / Вектор, 2017.
- 2) Данилова, Н. А. Диабет. Законы сохранения полноценной жизни / Вектор, 2015.
- 3) Николайчук, Л. В. 1000 рецептов больным сахарным диабетом / Книжный дом, 2016.
- 4) Первушина, Е. В. Диабет и его профилактика. Эндокринная система / Амфора, 2016.
- 5) Фадеева, Анастасия Диабет. Профилактика, лечение, питание / Питер, 2016.

## **АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА НА ТЕЧЕНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА II ТИПА**

*Щербатова А. А., студентка; Патрушева В.А., руководитель  
КОГПОБУ «Кировский медицинский колледж»*

Сахарный диабет представляет важную проблему в организации здравоохранения России, связанную как с его широкой распространенностью, так и с тяжестью последствий: ранней инвалидизацией и смертностью. Его высокая медико–социальная значимость, как среди заболеваний эндокринной системы [Пархоменко А.Д., 2000], так и среди всей группы неинфекционных заболеваний, послужила основанием для изучения нами данной темы.

Распространённость сахарного диабета, в соответствии с последними статистическими данными с каждым годом растёт. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) число людей с диабетом возросло со 108 миллионов в 1980 году до 422 миллионов в 2014 году [1; ВОЗ 2016]. Отсутствие видимой симптоматики на ранних стадиях диабета является ключевой проблемой и опасностью патологии. Именно поэтому неизвестно, сколько людей вообще не подозревает о своём заболевании.

Несмотря на богатую историю изучения сахарного диабета, он и сегодня остаётся глобальной проблемой. Идёт научная работа, создаются новые препараты, проходят научные конференции, съезды, благодаря которым совершенствуется диагностика и корректируются схемы лечения. И всё же, несмотря на такую обширную деятельность, доступность эффективных методов лечения, это заболевание, к сожалению, до сих пор является неизлечимым [3].

На современном этапе важный конфронтационный вопрос, касающийся практикующих медсестер – это их способность эффективно общаться с пациентами. Современной медсестре необходимо знать и изучать кроме всего и психологию своих пациентов, их отношение к своему заболеванию и методам лечения, особенности и черты их характера, их настроения и эмоций. Она должна быть не только профессионалом в своём деле, но и хорошим психологом [1].

Исходя из вышесказанного, при проведении исследования, нами была определена следующая гипотеза: рекомендации о влиянии факторов риска на течение сахарного диабета II типа, позволят восполнить уровень информированности пациентов о своем заболевании, образе жизни и профилактике влияния факторов риска на течение заболевания, повысят мотивацию пациентов на их соблюдение, что является необходимым условием для обеспечения жизни на более качественном уровне.

Цель исследования: изучить влияние факторов риска на течение сахарного диабета II типа, с целью составления рекомендаций.

Для достижения поставленной цели, мы определили перед собой следующие задачи:

1. Изучить современную и научно–популярную медицинскую литературу по теме исследования.

2. Проанализировать уровень информированности пациентов с сахарным диабетом II типа о своем заболевании и образе жизни при данном заболевании.

3. Проанализировать уровень информированности пациентов с сахарным диабетом II типа о влиянии факторов риска на течение данного заболевания.

4. Составить рекомендации для пациентов с сахарным диабетом II типа о влиянии факторов риска на течение сахарного диабета II типа.

Для реализации поставленных задач нами было проведено исследование методом анкетирования в КОГБУЗ «Кировская областная клиническая больница», отделение эндокринологии. В анкетировании приняли участие 17 респондентов, среди них: 6 мужчин, 11 женщин.

Исследование позволило выявить, что пациентов с сахарным диабетом II типа среди женщин значительно выше (65%), чем среди мужчин (35%), что подтверждает теорию данного заболевания (см. рис. 1). Сахарный диабет II типа чаще выявляется в пожилом возрасте и в большинстве случаев у женщин. Большинство респондентов редко (76,4%) госпитализируются в эндокринологическое отделение и только из–за осложнений своего заболевания, что объективно говорит о том, что пациенты информированы о

образе жизни с данным заболеванием, но учитывая, что все же есть случаи госпитализации, косвенно говорит о том, что не все пациенты соблюдают рекомендации врача (см. рис. 2).

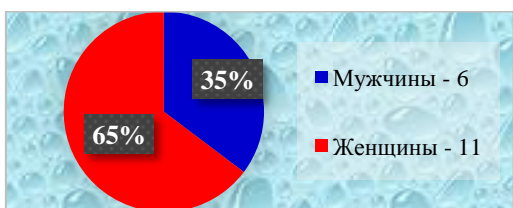


Рис. 1

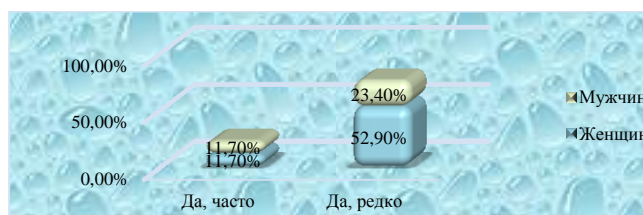


Рис. 2

Пациенты знают информацию о своём заболевании, из беседы либо с медсестрой (94,1%), либо от родственников (47%), у которых уже есть сахарный диабет II типа (см. рис. 3). Большинство опрошенных соблюдают все мероприятия по образу жизни в полном объёме (52,9%), что значительно улучшает их качество жизни при сахарном диабете II типа. Немногие соблюдают мероприятия не в полном объёме (23,5%), объясняя это тем, что у них нет желания их соблюдать. И некоторые совсем не соблюдают данные мероприятия (23,5%), что может привести к развитию осложнений и значительно ухудшает их качество жизни при сахарном диабете II типа (см. рис. 4).



Рис. 3

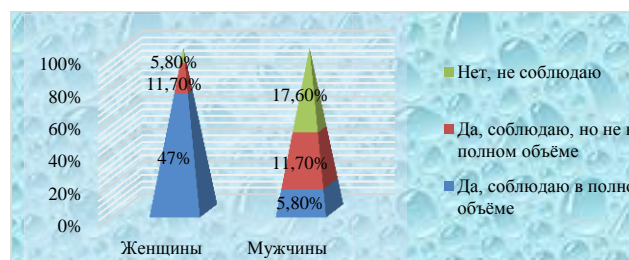


Рис. 4

Большинство респондентов знают о факторах риска своего заболевания, но не о всех из предложенных нами. Так же никто из опрошенных не знает о таком факторе риска, как синдром поликистозных яичников (см. рис. 5).



Рис. 5

Большинство пациентов (52,9%) соблюдают все мероприятия по снижению влияния факторов риска на течение сахарного диабета II типа, немногие соблюдают их не в полном объёме (23,5%). И к сожалению, некоторые не соблюдают мероприятия совсем (23,5%), что может привести к осложнениям сахарного диабета II типа (см. рис. 6). Опрошенные в большинстве (58,8%), хотят знать информацию о влиянии факторов риска на течение сахарного диабета II типа. Но также есть люди с низкой и очень низкой мотивацией (см. рис. 7).

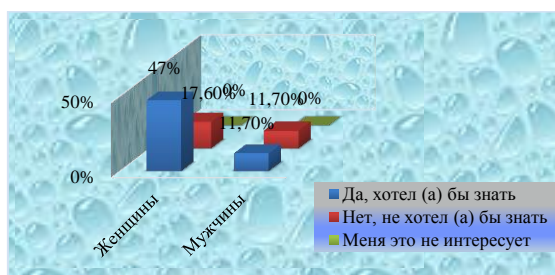


Рис. 6



Рис. 7

По результатам проведенного исследования нами были сделаны выводы, что поставленные нами задачи решены. Заболеть сахарным диабетом II типа может любой человек, преимущественно в пожилом возрасте. Всё зависит от силы влияния факторов риска, которые способствуют его возникновению. Трудно воздействовать на наследственную предрасположенность, но можно проводить профилактику вредных привычек, через мотивацию на выполнение всех рекомендаций врача, ведение рекомендованного образа жизни, то есть тем самым контролировать факторы риска. В чем и заключается главная задача медицинской сестры, кроме того необходимо помочь пациенту адаптироваться к данному диагнозу, дать информацию о его заболевании, обучить необходимым навыкам, так как от этого будет зависеть уровень его мотивации, тем самым и его самочувствие, его активность и качество жизни. Получать информацию пациент должен не в интернете, не от друзей и родственников, как это выявилось во время проведенного исследования, а от высококвалифицированных специалистов, и предложенных ими достоверных источников. Важно чтобы пациенты посещали «Школу» здоровья для пациентов с сахарным диабетом, где медицинская сестра совместно с врачом

активно проводить информирование и обучение пациентов с сахарным диабетом II типа о влиянии факторов риска на течение заболевания и их влияние на качество жизни.

*«Девять десятых нашего счастья основано на здоровье. Отсюда вывод, что величайшей глупостью было бы жертвовать своим здоровьем ради чего бы то ни было: ради богатства, карьеры, образования, славы, не говоря уже о чувственных и мимолётных наслаждениях; вернее, всем этим стоит пожертвовать ради здоровья» (Артур Шопенгауэр).*

### **Список литературы:**

1. Алгоритм специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / Под ред. И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, А.Ю. Майорова –В.8. – М.: УП ПРИНТ: 2017. – 117 с.
2. Рудницкий Л.В. Диабет: лечение и профилактика. Рекомендации специалиста – СПб.: Питер, 2016. – 128 с.
3. Российский терапевтический справочник / Под ред. А.Г. Чучалина. – 2–е изд. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2018. – 976 с.
4. Островская И.В. Роль медсестер в профилактике хронических заболеваний и ведении таких пациентов//Медицинская сестра. Профессия: теория и практика / Гл. ред. К.И. Григорьева. – М.: «Русский врач», 2015. – № 4. – С. 4–9.



## **РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

*Яруллина А., студентка; Ермолаева О. П., руководитель.  
ГАПОУ «Чистопольское медицинское училище»*

Согласно статистическим данным сахарный диабет является одним из ведущих заболеваний в мире по медико-социальной значимости. Заболеваемость сахарным диабетом высока почти всех стран мира. К 2030 году в мире ожидается рост заболеваемости сахарным диабетом, в основном за счет сахарного диабета 2 типа, что составит примерно 438 млн. человек.

Представленный материал является результатом обобщения выпускной квалификационной работы, целью которой является: изучение факторов риска, основных направлений лечения и профилактики осложнений сахарного диабета второго типа у лиц пожилого возраста.

За последние десятилетия возрастной состав населения существенно изменился. Основные демографические перемены в мировом сообществе заключаются в росте доли пожилого населения вследствие увеличения средней продолжительности жизни. Наибольший прирост численности больных сахарным диабетом происходит именно за счёт доли пожилого населения страны.

Снижение чувствительности тканей к инсулину (инсулинорезистентность) является основным механизмом, приводящим к нарушениям углеводного обмена у людей с избыточной массой тела. Безусловно, лица старшего возраста в силу различных причин (в том числе социально-экономических) предпочитают дешёвую калорийную пищу, имеющую избыток насыщенных жиров и легкоусвояемых сахаров и обеднённую сложными углеводами с низким индексом всасывания. Многие пожилые люди имеют сопутствующие заболевания и принимают множество препаратов, которые могут оказывать негативное влияние на углеводный обмен (например, тиазидные диуретики, неселективные бета-блокаторы, стероидные препараты, психотропные средства

и др.). Нередко сопутствующие заболевания (патология сердца, легких, опорно-двигательного аппарата и др.) ограничивают физическую активность пожилых людей, что сопровождается низкой двигательной активностью этих лиц. В результате с возрастом растет число лиц с метаболическим синдромом и абдоминальным ожирением.

#### Диагностические критерии сахарного диабета:

- гликемия натощак;
- гликемия после еды;
- тест толерантности к глюкозе;
- уровень HbA1c – у пожилых пациентов старше 66 лет считается нормальным при значении 7,5%.
- глюкоза плазмы натощак  $>7,0$  ммоль/л (126 мг%)
- глюкоза капиллярной крови натощак  $>6,1$  ммоль/л (110мг%)
- глюкоза плазмы (капиллярной крови) через 2 часа после еды (ил нагрузки 75 г глюкозы)  $>11,1$  ммоль/л (200 мг%)

Диагноз сахарного диабета выставляется при двукратном подтверждении указанных значений.

При выявлении глюкозы плазмы натощак между 6,1 и 7,0 ммоль/л диагностируют «гипергликемию натощак». При выявлении гликемии через 2 часа после нагрузки глюкозой между 7,8 и 11,1 ммоль/л диагностируют нарушенную толерантность к глюкозе.

Сахарный диабет 2-го типа у лиц пожилого возраста имеет свои клинические, лабораторные и психосоциальные особенности, определяющие специфику лечебного подхода к этой категории больных.

Клинические особенности. Наибольшие сложности в современной диагностике сахарного диабета 2-го типа у пожилых больных возникают вследствие бессимптомного («немомого») течения этого заболевания – отсутствуют жалобы на жажду, мочеизнурение, зуд, потерю веса.

Особенностью сахарного диабета 2-го типа в пожилом возрасте является также преобладание неспецифических жалоб на слабость, утомляемость,

головокружение, нарушение памяти и другие когнитивные дисфункции, которые уводят фельдшера от возможности сразу заподозрить наличие сахарного диабета. Нередко сахарный диабет 2-го типа выявляется случайно при обследовании по поводу другого сопутствующего заболевания. По данным эпидемиологическим исследований установлено, что в момент регистрации диагноза уже более 50% больных имеют микро- или макрососудистые осложнения:

- ишемическая болезнь сердца выявляется у 30%;
- поражение сосудов нижних конечностей у 30%;
- поражение сосудов глаз (ретинопатия) у 15%;
- поражение нервной системы (нейропатия) у 15%;
- микроальбуминурия у 30%;
- протеинурия у 5-10%;
- хроническая почечная недостаточность у 1%.

Течение сахарного диабета у пожилых лиц осложняется обилием сочетанной полиорганной патологии.

В выпускной квалификационной работе на тему «Роль фельдшера в профилактике осложнений сахарного диабета 2 типа у пациентов пожилого возраста» представлены данные, основанные на результатах анкетирования пациентов старшей возрастной группы с клиническим диагнозом «Сахарный диабет II типа». В анкетировании приняли участие 60 человек, из них 34 женщины, 26 мужчин. На основании полученных данных можно сделать выводы что заболеваемость диабетом и наличие осложнений тесно связаны с образом жизни и факторами риска: ожирение, гиподинамия, наследственная предрасположенность, возраст пациентов и наличие сопутствующих заболеваний. Эффективность медицинской помощи при сахарном диабете в немалой степени зависит от раннего начала лечения, но и при позднем диагностировании заболевания необходимо строго соблюдать все назначения врача. 80% пациентов отметили недостаточную информированность по данной патологии. Пациентов интересует информация о течении заболевания. Это

большой частью связано с наличием бессимптомной стадии сахарного диабета 2 типа. Пациенты и члены их семей делают акцент на получении знаний по самоуходу, самообследованию, а также по профилактике сопутствующих осложнений. Их интересует частота диспансерных осмотров, объем клинико-инструментальных исследований, показания для перевода пациента на инсулин и новейшие средства, используемые при лечении сахарного диабета 2 типа. При подготовке выпускной квалификационной работы мы провели акцию «Внимание диабет!», участвовали в работе школы «Сахарного диабета». Нами подготовлены занятия на тему «Метаболический синдром, особенности питания пациента» и «Уход за стопами ног», а также раздаточный материал на темы: «Особенности питания пациентов с метаболическим синдромом», «Комплекс физических упражнений при ангиопатии нижних конечностей».

Пожилым пациентам, страдающим сахарным диабетом 2 типа, необходимо уделять особое внимание.

## СОДЕРЖАНИЕ

<i>Аббакумова Н.В.</i> САХАРНЫЙ ДИАБЕТ – ПОВОД ИЗМЕНИТЬ ОБРАЗ ЖИЗНИ	3
<i>Алиновская Е. С., Гуськова Т. И.</i> САХАРНЫЙ ДИАБЕТ – АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОСТИ	7
<i>Апполонова О. С.</i> САХАРНЫЙ ДИАБЕТ – НЕ ПРИГОВОР	12
Асмаева Д. Ф., студентка; Ветошкина Э. В. РОЛЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА ВТОРОГО ТИПА	17
<i>Ахмедьянова Р. Ф., Микова А. М.</i> ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА	22
<i>Багомедова Ш., Воробьева Т.Е.</i> ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ КОМПЛАЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	25
<i>Бекетова Ю. А.</i> РИСК РАЗВИТИЯ ГЛАУКОМЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	30
<i>Бенкус О. Е., Шевченко Л. М.</i> ВЛИЯНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ НА ЧАСТОТУ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕЛЬДШЕРА	34
<i>Бугеро С. С.</i> ПОЛНОЦЕННАЯ ЖИЗНЬ С ДИАГНОЗОМ «САХАРНЫЙ ДИАБЕТ»	39
<i>Васильева Ю. А., Стетина Е. В.</i> О ПРИМЕНЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ СТЕПНЫХ СООБЩЕСТВ ЮГО-ЗАПАДНЫХ РАЙОНОВ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ В ЛЕЧЕНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА	
<i>Войнова Е. Ю., Воробьева Т.Е.</i> РОЛЬ МЕДСЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ СДС - СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ	47
<i>Долганова Е.С., Салмина В.В.</i> ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА	52

<i>Донцова К. Р., Слупская И. В.</i> ПРОФИЛАКТИКА САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ПАЦИЕНТОВ С ПРЕДИАБЕТОМ	57
<i>Есауленко В.А., Кошкалда С. А.</i> САХАРНЫЙ ДИАБЕТ НЕ БОЛЕЗНЬ, А ОБРАЗ ЖИЗНИ	61
<i>Замараева Т. С.</i> САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И ЕГО РОЛЬ В ФОРМИРОВАНИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ НАРУШЕНИЙ	66
<i>Иванова Д. С.</i> ВСЕ О ДИАБЕТЕ	71
<i>Козак Т. Ю., Коновалова С. В.</i> РАСШИРЕНИЕ РОЛИ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ПРОФИЛАКТИКЕ И УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С СИНДРОМОМ «ДИАБЕТИЧЕСКАЯ СТОПА»	74
<i>Кузнецова О. Н.</i> ШКОЛА ЗДОРОВЬЯ: ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	79
<i>Кузьмина О. С., Арбузова А. А.</i> «ЗЛОЙ САХАР» ИЛИ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ НАСТУПАЕТ...	83
<i>Кукса О. О.</i> ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ	87
<i>Ларкина Л. Н.</i> ДИЕТА И СИЛА ДУХА В БОРЬБЕ С ДИАБЕТОМ	90
<i>Леванова В. В.</i> ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ ГАПОУ «БУГУЛЬМИНСКОЕ МЕДИЦИНСКОЕ УЧИЛИЩЕ» ПО ОРГАНИЗАЦИИ ТВОРЧЕСКОЙ И ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ	95
<i>Логвина С. И., Елизарова М. К.</i> ОСОБЕННОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РАМКАХ ШКОЛЫ ДИАБЕТА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ОБРАЗА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	97
<i>Ляхова Л. А.</i> АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА	101

<i>Мазанов Ю. М., Ефимова Т. В.</i> САХАРНЫЙ ДИАБЕТ – НЕ ПРИГОВОР!	<b>105</b>
<i>Максимов А. Ю., студент; Патрушева В.А.</i> ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА ПРИ ДЕФИЦИТЕ ИНФОРМАЦИИ	<b>109</b>
<i>Медведева Е. Н.</i> САХАРНЫЙ ДИАБЕТ НЕ БОЛЕЗНЬ, А ОБРАЗ ЖИЗНИ	<b>113</b>
<i>Медведева Е. В.</i> ДИАБЕТ. ИСЦЕЛЯЮЩИЕ ПРОДУКТЫ	<b>118</b>
<i>Мельникова О. А.</i> САХАРНЫЙ ДИАБЕТ У ДЕТЕЙ	<b>122</b>
<i>Микова А.М.</i> УЧАСТИЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА В ПРОФИЛАКТИКЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА У ДЕТЕЙ	<b>127</b>
<i>Пекина А. А., Овсянкина И. Е.</i> САХАРНЫЙ ДИАБЕТ НЕ БОЛЕЗНЬ, А ОБРАЗ ЖИЗНИ	<b>131</b>
<i>Першикова Н. С.</i> ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ФОРМИРОВАНИЮ У СТУДЕНТОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ	<b>135</b>
<i>Позднышева Л.П., Березнева М.В., Карамышева Ю.А., Першикова Н.С.</i> РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ФОРМИРОВАНИИ ЗНАНИЙ И УМЕНИЙ ПАЦИЕНТОВ В РАМКАХ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ПО САХАРНОМУ ДИАБЕТУ	<b>138</b>
<i>Полудницына Е. В., Медведева Е. Н.</i> САХАРНЫЙ ДИАБЕТ – НЕ ПРИГОВОР, А ОБРАЗ ЖИЗНИ!	<b>143</b>
<i>Постнова Э. В., Шарафутдинова А. Я.</i> ВЛИЯНИЕ СТРЕССА НА РАЗВИТИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА	<b>148</b>
<i>Ромадин А. Ю.</i> ВОЛОНТЕРСКИЙ ОПЫТ «ПРОФИЛАКТИКА САХАРНОГО ДИАБЕТА»	<b>153</b>
<i>Рябых А. С.</i> РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ САХАРНОГО ДИАБЕТА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ЦЕЛИНСКОГО РАЙОНА	<b>158</b>

<i>Савенкова М. А., Михатова М. Н.</i> РОЛЬ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА В ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ САХАРНЫЙ ДИАБЕТ В СТАЦИОНАРЕ	<b>163</b>
<i>Сергеева С. С., Самарина Е.С.</i> АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ Г. НАБЕРЕЖНЫЕ ЧЕЛНЫ	<b>168</b>
<i>Слупская И.В., Ефимова Н.Н., Шалушкина И.Ф.</i> ПРОФИЛАКТИКА САХАРНОГО ДИАБЕТА У ЖЕНЩИН МЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА	<b>173</b>
<i>Полотнянко Л. И., Тагирова Т.А.</i> ВЫЯВЛЕНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА У СТУДЕНТОВ И СОТРУДНИКОВ КОЛЛЕДЖА	<b>178</b>
<i>Федоровичев В. А., Белянкина О.Е.</i> САХАРНЫЙ ДИАБЕТ – НЕ БОЛЕЗНЬ, А ОБРАЗ ЖИЗНИ	<b>182</b>
<i>Федорова Ю. С., Шарова Н. А.</i> САХАРНЫЙ ДИАБЕТ – АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОСТИ	<b>187</b>
<i>Корезина Е.С., Шестопалова Э. С., Медведева Е.Н.</i> ОБРАЗ ЖИЗНИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ	<b>191</b>
<i>Щербатова А. А., Патрушева В.А.</i> АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА НА ТЕЧЕНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА II ТИПА	<b>196</b>
<i>Яруллина А., Ермолаева О. П.</i> РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	<b>201</b>