ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ

ОБРАЗОАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

ПЕТРОЗАВОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Медицинский институт

Кафедра педиатрии и детской хирургии

Зав.кафедрой д.м.н. доцент Зарипова Ю.Р.

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА ПО ПОЛУЧЕНИЮ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ

УМЕНИЙ И ОПЫТА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПАЛАТНОЙ

МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

**Особенности сестринского процесса при заболеваниях эндокринной системы у детей**

**РЕФЕРАТ**

**студентки 72204 группы**

**Кирсановой Натальи Алексеевны**

**Научный руководитель**

**Тюкачева В.Ю.**

**старший преподаватель**

**кафедры педиатрии и детской хирургии**

**Петрозаводск 2021 год**

ОГЛАВЛЕНИЕ

[ВВЕДЕНИЕ 3](#_Toc59301711)

[Глава 1 4](#_Toc59301712)

[ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ 5](#_Toc59301713)

[Глава 2 6](#_Toc59301714)

[НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ С ЭНДОКРИННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ 7](#_Toc59301715)

[Глава 3 8](#_Toc59301716)

[ОБЯЗАННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ УХОДЕ ЗА ДЕТЬМИ С ЭНДОКРИНОПАТИЯМИ 8](#_Toc59301717)

[Глава 4 9](#_Toc59301722)

[УХОД ЗА ДЕТЬМИ С ЭНДОКРИННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ 9](#_Toc59301723)

[Глава 5 12](#_Toc59301724)

[ОСЛОЖНЕНИЯ И УХОД ЗА ДЕТЬМИ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ И ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМОЙ 12](#_Toc59301725)

[Глава 6 13](#_Toc59301726)

[УХОД ЗА РЕБЕНКОМ ПРИ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ И С ГИПЕР-/ГИПО-ФУНКЦИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 13](#_Toc59301727)

[ЗАКЛЮЧЕНИЕ 14](#_Toc59301728)

[СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ 15](#_Toc59301729)

[Приложение 1 16](#_Toc59301730)

[Пример меню диеты №9 16](#_Toc59301731)

[Приложение 2 17](#_Toc59301732)

[Виды шприцев 17](#_Toc59301733)

[Приложение 3 18](#_Toc59301739)

[Инсулиновые шприцы 18](#_Toc59301740)

[Приложение 4 20](#_Toc59301741)

[САНПИН 2.1.3.2630-10 "САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИЯМ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИМ МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ" 20](#_Toc59301742)

[Приложение 5 22](#_Toc59301743)

[САНПИН 2.1.3.2630-10 "САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИЯМ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИМ МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ" 22](#_Toc59301744)

[Приложение 23](#_Toc59301745)

[Пример диеты №8 23](#_Toc59301746)

### 

### ВВЕДЕНИЕ

Для большинства заболеваний эндокринной системы характерно хроническое течение, 80% случаев приходится на пациентов с эндокринопатиями, в первую очередь сахарным диабетом и заболеваниями щитовидной железы, получающих регулярную амбулаторную помощь. Для таких людей эндокринолог является чаще всего и врачом общей практики, поэтому именно на них ложится ответственность – оперативно разъяснить пациентам с диабетом, заболеваниями щитовидной железы, гипофиза и надпочечников, опухолями эндокринной системы, как вести себя в новых условиях пандемии коронавирусной инфекции.

В реферате я постаралась раскрыть особенности сестринского процесса при заболеваниях эндокринной системы у детей. А так же описала основные манипуляции, карантинные мероприятия при новых условиях работы и дополнительные лечебные мероприятия необходимые при развитии COVID-19 у пациентов с наиболее тяжелыми эндокринопатиями.

## Глава 1

## ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ

Опасные инфекционные заболевания продолжают возникать и представлять угрозу для общественного здравоохранения. С начала 2000-х годов было зарегистрировано несколько новых вирусных заболеваний, которым был присвоен статус эпидемии, в том числе тяжелому острому респираторному синдрому (severe acute respiratory syndrome coronavirus, SARS-CoV, 2002−2003), вирусу гриппа H1N1 (2009), а также ближневосточному респираторному синдрому (Middle East respiratory syndrome, MERS-CoV, 2012). (1)

Надо сказать, что в диабетологии уже давно создана прекрасная модель взаимодействия «врач–медсестра – пациент», и школам диабета уже более 50 лет. Производится обучение и консультирование online больных (за исключением пациентов с неотложными случаями и госпитализацией), что помогает существенно снизить нагрузку врачей в такое непростое для всего мира время. Многие пациенты проходят лечение дома в целях обезопасить себя и своих близких. Из-за этого в отделениях эндокринологии во многих странах находятся пациенты, направленные на плановое лечение или нуждающиеся в неотложной помощи, консультирование пациентов происходит по телефону и в режиме online, производятся конференции по развитию компетенции в вопросах эндокринологии, семинары на открытых серверных площадках, производятся профилактические мероприятия.

На сегодняшний день было проведено множество сравнений заболеваний и степень их тяжести в связи с новыми условиями. Казалось бы, хронические болезни очень подвержены различным рискам, и новый вирус не стал исключением. Дети, имеющие хронические заболевания эндокринной системы более подвержены риску тяжелого течения заболевания COVID-19.

Отчет о 72 314 случаях COVID-19, опубликованный Китайским центром по контролю и профилактике заболеваний, показал повышенную смертность у людей с диабетом (2,3% в целом и 7,3%, у пациентов с диабетом). Лица с сахарным диабетом нередко имеют коморбидные состояния, например, гипертонию: по данным из Китая (3) между серединой декабря и 31 января 2020 из 1590 лабораторно подтвержденных больных, поступивших в отделение интенсивной терапии и потребовавших инвазивной вентиляции либо скончавшихся, наиболее часто встречались люди с гипертензией(16.9%), и на втором месте – с диабетом -8.2%, и еще 8.2% имели несколько заболеваний. После поправки на возраст и курение, наиболее часто утяжеляли течение COVID19 ХОБЛ (ОР 2.681, 95% ДИ 1.424-5.048, диабет (1.59, 95% ДИ 1.03-2.45), гипертония (ДИ 1.58, 95%ДИ 1.07-2.32 и злокачественные опухоли ( ОР 3.50, 95%CI 1.60-7.64). (2)

Такие цифры не удивительны, так как большинство инфицированных людей, имеющих тяжелые осложнения болезни (вирусная пневмония, пневмония, вызванная пневмококком), страдали сахарным диабетом.

Сейчас эндокринологи составляют статьи о ведении больных лиц с сахарным диабетом в изменившихся условиях труда. Делают все возможное для поддержания уровня отечественной медицины. Участие медицинской сестры неотъемлемо при заболеваниях эндокринной системы у детей.

## Глава 2

## НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ С ЭНДОКРИННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Наиболее распространены такие эндокринные болезни, как СД, гипер- (тиреотоксикоз), гипофункция (гипотиреоз) щитовидной железы, ожирение. Заболеваемость детей СД и ожирением в последние годы неуклонно растет. Это обусловлено неправильным образом жизни (гиподинамия, гипоксия), нерациональным питанием (избыточное употребление жиров и рафинированных углеводов в ущерб грубоволокнистой клетчатке), а также нарушением иммунной реактивности.

При нарушении функций желез у детей могут развиться различные эндокринопатии. Так же нарушения функции желез внутренней секреции вызывает заболевания гипофункции и гиперфункции отдельной выработки гормона. Это влияет на рост ребенка, на его правильное развитие, на половое развитие и на другие не менее важные функции.

При заболеваниях желез внутренней секреции важно обнаружить ранние симптомы заболевания. У детей предвестниками СД являются жажда, усиленное мочеиспускание, слабость, повышенная усталость, постоянный голод, повышенный аппетит при явном похудении или, наоборот, интенсивная прибавка массы тела. Порой клиническая картина болезни развивается незаметно, и к врачу обращаются только при появлении тяжелого состояния вплоть до диабетической комы. Ребенка в тяжелом состоянии доставляют в больницу с симптомами острого заболевания (боли в животе, тошнота, частая рвота и потеря сознания), и лишь после обследования выясняется, что у него СД.

Дети, страдающие тиреотоксикозом, жалуются на головную боль, бессонницу, ослабление памяти, повышенную потливость, дрожь в руках, усиленное сердцебиение. У них наблюдаются субфебрильная температура и склонность к диарее. Важными признаками болезни являются увеличение размеров щитовидной железы (зоб) и пучеглазие. При врожденном гипотиреозе симптомы заболевания проявляются в течение первых 6 мес жизни. Несмотря на достаточную прибавку массы тела, ребенок отстает в росте, физическом и психическом развитии. Типичны угрюмое выражение лица, отсутствие мимики, безразличие к окружающим, грубый хриплый голос, большой язык, выступающий изо рта, запор.

Ожирение представляет собой патологическое состояние, при котором увеличивается отложение жира в подкожной жировой клетчатке, а масса тела превышает возрастную норму на 15% и более. Различают первичное и вторичное ожирение. Первичное ожирение в большинстве случаев связано с перееданием и малоподвижным образом жизни; вторичное - встречается реже и развивается на фоне заболеваний желез внутренней секреции и нервной системы.

При подозрении на заболевание желез внутренней секреции нужна консультация эндокринолога, который назначает и контролирует лечение. В зависимости от тяжести заболевания ребенка лечат в больнице или дома, при этом очень высока роль медицинского работника в организации ухода, обучения и лечения больного.

При СД (сахарном диабете)  принципиально важна госпитализация ребенка с подтвержденным диагнозом в эндокринологическое отделение для выяснения уровня декомпенсации заболевания и подбора дозы инсулина.

Назначается лечебное питание, диета № 9 (пример диеты приведен в Приложение 1 «Пример меню диеты №9»). Кроме того, многое зависит от возраста и массы тела ребенка, физической нагрузки, тяжести заболевания, уровня сахара в крови, используемых препаратов инсулина, переносимости других углеводов, помимо глюкозы. Общие требования к диете больного сахарным диабетом следующие: пища должна содержать минимальное количество углеводов и жиров и быть богатой белками.

Больным СД запрещены сладости и сладкие пищевые продукты - мед, сахар, шоколад, халва, пирожные, торты, сладкие фрукты, сладкие напитки.

Ограничивают богатые углеводами пищевые продукты - хлеб, булки, картофель, мучные изделия. В каждом конкретном случае их количество оговаривают отдельно. Необходимо не только строго соблюдать предписания врача, но и записывать, какие продукты и в каком количестве съедает ребенок. Сопоставляя пищевой рацион с результатами анализов крови и мочи на сахар, можно отрегулировать лечение и диету. (3)

## Глава 3

## ОБЯЗАННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ УХОДЕ ЗА ДЕТЬМИ С ЭНДОКРИНОПАТИЯМИ

## Эндокринопатии – это заболевания, связанные с нарушением работы желез внутренней секреции, эндокринных желез. Данные патологии могут быть как наследственными, так и приобретенными. В ряде случаев имеют хронический характер. Так же эндокринопатии подразделяют на парциальные, то есть связанные с поражением отдельной части железы, и тотальные (или полные) поражении эндокринных желез. Разные виды эндокринопатий пагубно сказываются на работе и функционировании желез: гиперфункции, гипофункции и дисфункции.

## Согласно классификации советского биохимика и эндокринолога Николая Алексеевича Юдаева эндокринопатии делятся на: диссенситивные, диссекреторные, дисэкскреторные, дисрегуляторные и дисметаболические.

## Медсестре, так же как и будущему специализированному врачу важно помнить, что половое созревание девушек и юношей различно. И в период полового созревания (примерно в 10-15 лет) происходит перестройка деятельности эндокринных желез за счет увеличения продукции гормонов половых желез. (3) Следует отметить, что гормоны щитовидной железы влияют на процессы обмена веществ в организме, в том числе на развитие центральной нервной системы. При недостатке гормонов, при гипотиреозе могут возникать задержки в физическом и умственном развитии (кретинизм), а в старшем возрасте – микседема. Функционирование эндокринных желез зависит от различных факторов и может нарушаться при неправильном питании, заболеваниях, интоксикациях, вредных воздействиях окружающей среды. Из-за этого причинами эндокринопатий могут быть последствия органических поражений (интоксикации, инфекционные заболевания), так же травмы, негативное воздействие на эндокринную систему оказывают факторы окружающей среды: курение, химическая промышленность, опасные препараты (высокотоксичные), нервно-психогенные препараты. Эндокринопатии могут дополняться и проявляться с другими заболеваниями. Чтобы организовать комфортный и качественный уход за пациентом с эндокринопатией следует отметить, что важно соблюдать правильный режим питания больного, следить за нормой потребления воды (величина различна и зависит от возраста ребенка), учитывать нормы и особенности терморегуляции, учитывать резистентность организма к окружающим условиям (бактериям, грибам, вирусам, токсинам и др.).

## В обязанности медицинской сестры при уходе за детьми с эндокринопатиями входит: наблюдение за состоянием больного, соблюдение предписаний врача, использование основных методов инсулинотерапии детей с инсулинозависимым сахарным диабетом, .

## Глава 4

## УХОД ЗА ДЕТЬМИ С ЭНДОКРИННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

В настоящее время лечение диабета у детей проводится в основном с помощью инсулина, вводится по одному или по нескольку уколов в день. Так же детей старшего возраста и родителей обучают делать инъекции самостоятельно.

Парентеральное введение лекарственных средств осуществляется путем инъекций, для чего используются шприцы и полые иглы (Приложение 2 «Виды шприцев»). Шприц состоит из цилиндра и поршня, последний должен плотно прилегать к внутренней поверхности цилиндра, обеспечивая герметичность, но при этом совершенно свободно скользить по поверхности. Емкости цилиндра для инъекций: 1, 2, 5, 10, 20, 50 мл. Выбор шприца зависит от вида инъекций и количества вводимого лекарственного средства. Так, внутрикожно вводят до 0,5 мл раствора, подкожно - 0,5-2 мл, внутримышечно - 1,0-10 мл, внутривенно - 10-20 мл, в полость - 10-50 мл. (3)

В последнее время все чаще используются одноразовые шприцы из пластмассы, в комплекте с которыми идут 1-2 иглы. В детских ЛПУ используются 2-/5-граммовые шприцы. Инсулиновый шприц предназначен для введения веществ, содержащихся в небольших дозах, на подобии такого шприца существуют шприцы-ручки (Приложение 3 «Инсулиновые шприцы»).

При выборе диметра иглы для инъекции учитывают ее характер: внутрикожные инъекции делают иглами меньшего диаметра, чем внутривенные; промежуточное положение занимают иглы для внутримышечного и подкожного введения. Перед инъекцией производят дезинфекцию участка кожи, где будет проводиться инъекция (спиртовым раствором или йодной настойкой 5%).

Перед сборкой стерильных инструментов медицинская сестра обязательно обрабатывает руки: сначала моет их с мылом, а затем дезинфицирует спиртом. После обработки рук на них надевают стерильные перчатки, рукава халата предварительно закатывают до середины предплечий. Для инъекций и для набирания в шприц содержимого ампулы используют разные иглы. При наборе лекарственного средства в шприц каждый раз предварительно внимательно изучают этикетку, чтобы не допустить никаких ошибок.

Перед инъекцией необходимо удалить из шприца воздух. Для этого надо повернуть шприц иглой вверх, причем воздух собирается над жидкостью в выходной части цилиндра, откуда его движением поршня вытесняют через иглу. Обычно при этом выдавливается и некоторое количество лекарственного средства. Поэтому в шприц рекомендуется набирать несколько большее количество лекарственного средства, чем это необходимо для инъекции. (3)

Для мытья шприцев, которые не являются одноразовыми, используют раствор водорода с моющим средством «Прогресс» («Новость», «Сульфанол» и др.) в соотношении 1:1. Для приготовления моющего раствора берут 20 мл 30-33 % пергидроля (или 40 мл 1 % раствора пероксида водорода), 975 мл воды (во втором случае - 950 мл), 5 г моющего средства (во втором случае - 10 г). После разборки шприцы, а также иглы моют и прополаскивают в проточной воде, затем замачивают в течение 15 мин в горячем (50-60 °С) моющем растворе, погружая их так, чтобы заполнить полости. После замачивания шприцы и другие инструменты моют в том же растворе ершами или марлевыми тампонами каждый отдельно. Раствор используется один раз. Вымытые шприцы и иглы вновь прополаскивают в проточной воде, затем - в дистиллированной. Шприцы и иглы в разобранном виде хранят в сухом месте.

В большинстве больниц работают централизованные стерилизационные для инструментария, в том числе шприцев и игл. (3)

Для утилизации одноразовых шприцов и игл используют перчатки и утилизируют вместе с классом отходов Б (шприцы), и при помощи пластмассовых колб/баночек для использованных игл желтого цвета, относящихся к классу отходов Б.

При проведении первой инъекции для избегания некомфортных ощущений у ребенка можно обратиться к стандартным методам анестезии: пальцевому нажатию, растяжению кожи на месте предполагаемой инъекции, использованию пластмассовых трубочек с закругленными концами.

Для детей, которым нужно проводить плановые ежедневные инъекции инсулина, наиболее практичны в использовании пластиковые инсулиновые шприцы, которые идут вместе с иглой. Такие иглы почти не травмируют кожу. К современным методам введения инсулина относятся представленные выше шприцы-ручки и инсулиновые помпы. Так как обычные одноразовые шприцы не подходят для инъекций инсулина, то специализированные и усовершенствованные инсулиновые шприцы смогут справиться с данной задачей.

Медицинская сестра, проводящая инсулиновую инъекцию должна помнить, что точная доза вещества, введенная больному с инсулинозависимым диабетом - одно из условий его дальнейшего успешного лечения.

Так как инсулиновые инъекции проводятся подкожно, то игла должна попасть в подкожную жировую клетчатку. Рекомендуются пластиковые шприцы со встроенной иглой, позволяющей устранить так называемое мертвое пространство, в котором в обычном шприце со съемной иглой после инъекции остается некоторое количество раствора. Пластиковые шприцы можно использовать повторно - при условии правильного

с ними обращения. Желательно, чтобы цена деления инсулинового шприца для детей была 0,5 ЕД, но не более 1 ЕД.

Концентрация инсулина. Выпускаются пластиковые шприцы для инсулина с концентрацией 40 ЕД/мл и 100 ЕД/мл.

Смешивание инсулинов в одном шприце. Целесообразность смешивания инсулинов объясняется возможностью уменьшения количества инъекций. Однако возможность смешивания инсулинов короткого и продленного действия в одном шприце зависит от вида пролонгированного инсулина. Смешивать можно только те инсулины, в которых использован белок (НПХ-инсулины). Нельзя смешивать так называемые аналоги человеческого инсулина. Последовательность действий при наборе в один шприц двух инсулинов: вначале набирают инсулин короткого действия (прозрачный), затем инсулин продленного действия (мутный). Действуют осторожно, чтобы часть уже набранного «короткого» инсулина не попала во флакон с препаратом продленного действия. (3)

Так как скорость всасывания инсулина напрямую зависит от места его введения, следует обратить внимание на технику введения инсулина: длинна иглы 8 мм, диаметр иглы 0,3-0,25. Для введения инсулина используют в основном места, богатые подкожной жировой клетчаткой: передняя поверхность живота, бедра, поверхность плеч передняя, ягодицы. Следует менять места инъекций ежедневно, чтобы уровень сахара в крови не изменялся.

Удобны в использовании так же шприцы-ручки, ими можно выполнить до 1-2 ЕД инсулина, до 3 мл в одном картридже.

Максимально полное соответствие уровня экзогенно вводимого гормона уровню гликемии достигается только комбинацией инсулинов различных сроков действия и многократными инъекциями препаратов. Последние в настоящее время не представляют опасности, так как используются специальные шприцы (инсулиновые ручки) с атравматичными иглами. Режим интенсивной инсулинотерапии делает более свободной жизнь больного ребенка, улучшает ее качество. (3)

Одним из обязательных условий лечения и наблюдения за лечением сахарного диабета у детей является определение сахара в крови. Этот аспект проверяется регулярно при помощи тест-полосок или при сдаче крови. А для снижения инвазивности гликемии в качестве контроля используют аппараты долговременного действия с введением сенсоров в подкожную жировую клетчатку, в околопупочной области с автоматическим показателем уровня глюкозы в капиллярной крови 288 раз в сутки.

Ранее упоминалось об использовании инсулиновых помп вместе с шприцами-ручками. Если обратиться к данным инструментам, то инсулин, в отличии от шприцов, подается непрерывно в виде подкожной инфузии, а перед едой вводится дополнительное количество инсулина, назначенное лечащим врачом. Ограничение на использование данных инструментов, для применения – высокая стоимость помп.

Запас инсулина хранят в холодильнике при температуре +2... +8 °С (нельзя заморозить). Флаконы с инсулином или шприц-ручки, которые используются для ежедневных инъекций, могут храниться при комнатной температуре в течение 1 мес. После инъекции обязательно следует убрать флакон в бумажную упаковку, поскольку активность инсулина снижается под воздействием света (шприц-ручку закрывают колпачком). (3)

## Глава 5

## ОСЛОЖНЕНИЯ И УХОД ЗА ДЕТЬМИ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ И ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМОЙ

При неправильном уходе за детьми с сахарным диабетом, при отсутствии лечения данного заболевания возможны диабетические или кетоацидотические комы. При наличии таких состояний ребенка немедленно переводят в отделение интенсивной терапии. Основными признаками, предупреждающими о таких последствиях является: усиление мочеотделения, сухость во рту или липкая слюна, жажда, сильная усталость, нарушения зрения, частое глубокое дыхание, боли в ногах и/или в животе, рвота. При этих симптомах медицинская сестра проверяет наличие запаха ацетона в воздухе, выдыхаемом изо рта больного, каждые 2 часа исследуют содержание сахара в крови (экспресс-методом) и наличие кетоновых тел в моче. (3)

Больным назначают постельный режим, повышенный питьевой режим. Данное состояние связанно с избытком кетоновых тел, при неправильном уходе за ребенком, отсутствии лечения у него сахарного диабета. В противоположном же случае, при введении избыточной дозы инсулина, может вызвать у ребенка гипогликемическое состояние, и гипогликемическую кому. Неправильное питание: после введения инсулина недостаток углеводов в пище, а так же повышенные физические нагрузки так же влияют на состояние больного. Признаки гипогликемического состояния: бледность, смена настроений (агрессивность или депрессия), головокружение или спутанность мыслей, нервозность, обильное потоотделение, озноб, внутренняя дрожь, ощущение легкости тела или слабость, туман и двоение в глазах. (3)

При обнаружении гипогликемического состояния у больного следует определить уровень сахара в крови, дать выпить сладкий чай или сок.

Диабетическое поражение сосудов может вызвать «синдром диабетической стопы», при котором суживаются крупные артерии это приводит к развитию ишемии нижних конечностей. При этом у пациента наблюдаются боли при ходьбе, немеют ноги, появляются видимые язвы, некрозы на голени, стопах. Потеря чувствительности кожи ног приводит к тому, что больной не чувствует потертостей, которые превращаются в незаживающие язвочки, легко ранит себя при стрижке ногтей. Опрелости и инфицирование сменяются язвами, гнойными поражениями кожи стопы. В сочетании с ишемией нижних конечностей или без них «диабетическая стопа» может стать причиной ампутации. (3)

Для пациентов с данным синдромом важен уход за кожей ног. Следует каждый день мыть ноги с мылом, носить комфортную мягкую обувь, носить теплые носки, беречь ноги от переохлаждения. Следует аккуратно проводить туалет ног, с осторожностью подстригать ногти на ногах. При потертостях использовать смягчающие кремы.

Подробное описание правильной гигиены пациента, стрижка ногтей на руках и на ногах представлена в документе САНПИН 2.1.3.2630-10. (Приложение 4 «САНПИН 2.1.3.2630-10 "САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИЯМ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИМ МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ").

## Глава 6

## УХОД ЗА РЕБЕНКОМ ПРИ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ И С ГИПЕР-/ГИПО-ФУНКЦИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

При уходе за ребенком с тиреотоксикозом следует помнить о том, что такой ребенок нуждается в спокойном окружении, достаточном отдыхе и покое. Психологический комфорт – один из основных аспектов в уходе за ребенком с данным заболеванием. Таким пациентам положен постельный режим, сон днем не менее 1-1,5 часа. При составлении пищевого рациона следует помнить, и избегать острой пищи, пряностей, копченых продуктов, мясных супов, жареного мяса. Рекомендуется вегетарианская пища и наличие в рационе питания молочных продуктов. Как и при любом другом заболевании следует точно выполнять все назначения лечащего врача. При уходе ребенку рекомендуется избегать тяжелых физических и эмоциональных нагрузок, проводить водные процедуры в соответствии с САНПИН 2.1.3.2630-10. (Приложение 5 «САНПИН 2.1.3.2630-10 "САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИЯМ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИМ МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ").

При гиперфункции щитовидной железы дети находятся под наблюдением врача-эндокринолога. Если симптомы заболевания выражены не резко, ребенок может ходить в школу под наблюдением школьного врача и родителей. Он освобожден от внеклассной нагрузки и физических уроков.

У детей с гипотиреозом устанавливается постоянный медицинский осмотр, индивидуальные занятия, массаж, гимнастика. Требуется уход за сухой кожей (используют крема, гели и мази). Дети с данным заболеванием малоподвижны, сонливы, с ослабленной памятью, им сложно справляться с учебой. Медикаментозное заместительное лечение у таких детей продолжается длительное время, всю жизнь.

При заболеваниях эндокринной системы, как отмечалось ранее, может развиться ожирение. Главным в уходе за пациентом является поддержание диеты. Используют и альтернативные методики в лечении пациентов с ожирением: акупунктурное программирование, тренажер Фролова, лечебное многослойное одеяло (ОМЛ-01), фитотерапия, поведенческая терапия и др. Водятся различные диеты (Например, диета №8(Приложение 5 «Пример диеты №8)), которые помогают вывести жиры их жировых депо, воспрепятствовать их новому отложению. Ребенку при диете следует настраивать так, чтобы он сам способствовал лечению.

Высокие риски развития ожирения на первом году жизни из-за этого следует своевременно обучать матерей и родителей правильному вскармливанию ребенка.

## 

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Главная задача в обеспечении сестринского процесса при заболеваниях эндокринной системы у детей в помощи и информировании детей и их родителей с основными аспектами заболеваний. При хорошем и правильном лечении и уходе за детьми с различными эндокринопатиями, сохраняется стабильная работоспособность пациентов. Необходимо отслеживать уровень сахара в крови, для этого следует знать назначение тестовых полосок и глюкометров. Медицина не стоит на месте, производятся усовершенствованные инструменты для проведения внутрикожных инъекций, совершенствуются диеты, вводятся новые заменители сахара. Так как полного выздоровления при сахарном диабете не происходит, то можно добиться кризов, ремиссии заболевания, при которых дети смогут вести свой привычный образ жизни. Производится открытие «Школ диабета» по всей стране, где проходят открытые лекции с целью профилактики данного заболевания и освещение проблем, связанных с различными типами диабета.

На сегодняшний день каждый ребенок с СД получает специальный «Паспорт диабетика», в котором помимо личных данных вписаны дозы инсулина, последнее время введения препарата, результаты последних анализов крови и мочи. В рамках Сент-Венсенской декларации европейских отделений ВОЗ и Международного диабетического фонда каждому больному выдается специальная карточка наблюдения под названием «Диабет», где так же прописаны необходимая информация о лечении и результатах анализов.

Детям с гипотиреозом в уходе следует обратить внимание на кожу, своевременное ее увлажнение специализированными кремами и мазями. Детям с гиперфункцией желез следует следить за своим здоровьем, родителям следить за активностью ребенка в школе, по необходимости брать выходной для ребенка на неделе.

Так же в целях снижения риска ожирения у пациента следует следить за его диетой. Так как диета является основным немедикаментозным средством лечения различных заболеваний.

# СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

Оновная литература:

1. ПАНДЕМИЯ COVID-19 И ЭНДОКРИНОПАТИИ. Н.Г. Мокрышева, Г.Р. Галстян, М.А. Киржаков, А.К. Еремкина, Е.А. Пигарова, Г.А. Мельниченко. [ред.] Н.Г. Мокрышева. 1, Москва : Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии, 11 04 2020 r., Проблемы эндокринологии, Т. 1, стр. 7-8.

2. Рекомендации для врачей по лечению эндокринных заболеваний в условиях пандемии COVID-19. А., Гребенчук. Москва : Интернет статья, 2020 r.

3. Запруднов, А. М. Общий уход за детьми : руководство к практическим занятиям и сестринской практике / Запруднов А. М. , Григорьев К. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 512 с. - Текст : электронный // URL : http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970431382.html (дата обращения: 15.12.2020). - Режим доступа : по подписке.

Дополнительная литература:

1. Электронная библиотечная система «Консультант врача: электронная медицинская библиотека» www.rosmedlib.ru

2. Zhang P. et al. Global epidemiology of diabetic foot ulceration: a systematic review and meta-analysis //Annals of medicine. – 2017. – Т. 49. – №. 2. – С. 106-116.

Програмное обеспечение и Интернет-ресурсы:

1. О., Зайцева. ДИЕТА №8 (СТОЛ №8): ПИТАНИЕ ПРИ ОЖИРЕНИИ. [https://smachno.ua/recepty/vidy-diet/diets-10676/] УКР, Украина : Смачно, 2020 r.

2. "ОБ УТВЕРЖДЕНИИ САНПИН 2.1.3.2630-10 "САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИЯМ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИМ МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ"". [http://www.innovbusiness.ru/pravo/DocumShow.asp?DocumID=170711&DocumType=15] Москва : НДП "Альянс Медиа", 2003 r.

3. Б., Матюнин. Стол №9 при диабете. [https://medportal.ru/enc/endocrinology/diabetsaharnyj/stol-9-pri-diabete/] Москва : Marco Verch/Flickr, 2020 r.

## Приложение 1

## ПРИМЕР МЕНЮ ДИЕТЫ №9

Прием пищи разделяем на 6 раз в сутки:

1. Первый прием пищи (первый завтрак): каша гречневая рассыпчатая, нежирный творог на молоке, чай без сахара (или с заменителем сахара)/простая вода.
2. Второй завтрак: отвар из отрубей пшеницы.
3. Обед: суп щи из свежей капусты с растительным маслом, мясо отварное с молочным соусом, тушеная морковь, желе фруктовое на ксилите.
4. Полдник: яблоки свежие(2).
5. Ужин: шницель из капусты, рыба отварная, запеченная на молочном соусе, чай без сахара (или с заменителем сахара)/простая вода.
6. Второй ужин: кефир.

## Приложение 2

## ВИДЫ ШПРИЦЕВ

## виды шприцев.jpg

## а- одноразовый шприц

## б- шприц «Рекорд»

## в- комбинированный шприц

## г- шприц Жане

## д- набор игл к шприцам

## Приложение 3

## ИНСУЛИНОВЫЕ ШПРИЦЫ

## инсулиновые шприцы.jpg

а- одноразовый инсулиновый шприц

б- шприц-ручка

## Приложение 4

## САНПИН 2.1.3.2630-10 "САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИЯМ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИМ МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ"

13.3. Гигиеническая обработка больных (при отсутствии медицинских противопоказаний) должна осуществляться не реже 1 раза в 7 дней с отметкой в истории болезни. Гигиенический уход за тяжелобольными (умывание, протирание кожи лица, частей тела, полоскание полости рта и т.д.) проводится утром, а также после приема пищи и при загрязнении тела. Периодически должны быть организованы стрижка и бритье больных.

Алгоритм ухода за ногтями тяжелобольного

**I ПОДГОТОВКА К МАНИПУЛЯЦИИ**

Представиться пациенту, получить у пациента информированное согласие, объяснить ход и цель процедуры. Помыть руки двукратно с мылом. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Надеть перчатки, фартук. Поставить в изголовье кровати с рабочей стороны стул; две емкости для теплой воды поставить на стул.

Приготовьте оснащение:

1. Водный термометр
2. мыло жидкое
3. перчатки нестерильные
4. ножницы маникюрные
5. две емкости для воды
6. клеенка.

**II. ВЫПОЛНЕНИЕ МАНИПУЛЯЦИИ**

Наполнить емкости теплой водой, поставить рядом.

Измерить температуру воды. Она должна быть не выше 37º

Под руку пациента подложить клеенку.

Помочь пациенту вымыть руки с мылом в первой емкости.

Положить кисть пациента во вторую емкость с теплой водой на несколько минут

Положить руки пациента на полотенце и вытереть их насухо.

Подстричь ножницами ногти пациента.

Нанести крем на руки пациента. Проделать также с другой рукой

Положить полотенце, клеенку в мешок для белья.

**III. ОКОНЧАНИЕ МАНИПУЛЯЦИИ**

Удобно расположите пациента в постели.

Ножницы поместить в емкость для дезинфекции.

Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.

Обработать руки гигиеническим способом, осушить

## Приложение 5

## САНПИН 2.1.3.2630-10 "САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИЯМ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИМ МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ"

Алгоритм проведения водных процедур у тяжелобольного

**Оснащение:** перчатки, таз с теплой водой, рукавичка или ватный тампон, полотенце.

1. Вымойте руки, наденьте перчатки.
2. Смочите рукавичку или ватный тампон (можно воспользоваться концом полотенца) в теплой воде.
3. Оботрите последовательно грудь и живот пациента.
4. Затем насухо промокните кожу полотенцем. Особенно тщательно протрите и высушите складки кожи под молочными железами у женщин (особенно у тучных), подмышечные впадины.
5. Поверните пациента на бок и оботрите спину, делая при этом легкий массаж. Затем высушите.
6. Уложите удобно пациента, накройте одеялом.
7. Снимите перчатки, вымойте руки.
8. Особенно тщательного ухода требуют естественные складки кожи и места возможного образования пролежней.

**Гигиенический душ**

**Гигиенический душ** – компонент санитарной обработки в приемном отделении при поступлении больного в стационар, в лечебном отделении 1 раз в 7-10 дней.

**Оснащение**: термометр для измерения температуры воздуха, мыло, полотенце, чистое нательное белье, щетка, 0,5% раствор хлорной извести.

1. Вымойте ванну;
2. Поставьте в ванну небольшую скамейку и усадите на нее пациента;
3. Включите душ, отрегулируйте температуру воды и помогите пациенту помыться в той же последовательности, что и в ванной;
4. Помогите пациенту выйти из ванны или душа, вытереться полотенцем, одеться и дойти до палаты. При необходимости воспользуйтесь креслом-каталкой.

## Приложение 6

## ПРИМЕР ДИЕТЫ № 8

## Завтрак: гречневая или перловая каша, чай/сок без сахара/кофе с молоком.

## Перекус: фруктовый салат.

## Обед: индейка с овощами на пару, чай без сахара/сок без сахара.

## Полдник: стакан кефира.

## Ужин: треска, приготовленная на пару, овощной салат, хлеб с отрубями.

## 1.bmp

## 2.bmp