

«ШКОЛА ПАЦИЕНТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА»

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА. ГИПОГЛИКЕМИЯ. УХОД ЗА НОГАМИ.



ГБУЗ НО НОЦОЗМП
ПОКОЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ



ГИПОГЛИКЕМИЯ И ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКАЯ КОМА

Гипогликемия — это уровень глюкозы в крови $\leq 3,9$ ммоль/л вне зависимости от того, испытывает ли пациент симптомы или нет.

Название происходит от греческих «гипо» — **низкий**, «глик» — **сладкий**, «емия» — **кровь**.

Опасность гипогликемии состоит в том, что глюкоза постоянно необходима клеткам головного мозга, а при ее отсутствии интенсивность работы нервных клеток снижается.

Гипогликемия развивается только у пациентов с сахарным диабетом, получающих терапию инсулином или секретагенами.

Иногда пациент испытывает симптомы гипогликемии при нормальных значениях уровня глюкозы крови (выше 3,9 ммоль/л) — **ложные гипогликемии**. Они возникают в случае, если он длительное время жил с высоким уровнем глюкозы крови и привык к нему. Ложные гипогликемии не опасны и не требуют никаких мероприятий. Организм постепенно адаптируется к нормальному уровню глюкозы в крови и ложные гипогликемии прекратятся.

Основная причина гипогликемий: избыток инсулина в организме по отношению к недостатку поступления углеводов с пищей (например, человек не поел вовремя) или при ускоренной утилизации углеводов (мышечная работа).



КЛАССИФИКАЦИЯ ГИПОГЛИКЕМИИ

Уровень 1

1

Риск развития гипогликемии - снижение значений глюкозы плазмы от **3,0 до < 3,9 ммоль/л** у больных, получающих сахароснижающую терапию.

Необходимо начать мероприятия для нормализации сахара в крови, независимо от наличия или отсутствия симптомов.

Уровень 2

2

Клинически значимая гипогликемия - значения глюкозы плазмы **< 3.0 ммоль/л**, с симптомами или без них, требующая немедленных действий для купирования гипогликемии.

Уровень 3

3

Тяжелая гипогликемия – значения глюкозы плазмы **< 3.0 ммоль/л**, как и при уровне 2, но с выраженным нарушением когнитивных функций (потеря сознания, гипогликемическая кома)



ПРОВОЦИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ ГИПОГЛИКЕМИЙ, связанные с сахароснижающей терапией:

1

- передозировка инсулина, препаратов сульфонилмочевины или глинидов или неадекватная смена препарата;
- недостаточность функции почек, печени;
- высокий титр антител к инсулину;
- неправильная техника инъекций;
- лекарственные взаимодействия препаратов сульфонилмочевины;
- длительная физическая нагрузка.



ПРОВОЦИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ ГИПОГЛИКЕМИЙ, СВЯЗАННЫЕ С ПИТАНИЕМ:

2

- пропуск приема пищи или недостаточное количество углеводов (ХЕ);
- прием алкоголя;
- ограничение питания для снижения массы тела (без соответствующего уменьшения дозы сахароснижающих препаратов);
- расстройства ЖКТ: замедление опорожнения желудка, рвоте, нарушение всасывания пищи в тонкой кишке



Гипо-глик-емия

Мало сахара в крови

Снижение сахара в крови ниже 3,9 ммоль/л

Симптомы гипогликемии



Головная боль



Головокружение



Бледность



Тошнота



Чувство голода



Потливость



Изменение поведения



Сонливость



Слабость



Дрожь



Дезориентация
в пространстве



У некоторых людей гипогликемия может протекать бессимптомно, и ее можно обнаружить только при измерении сахара крови с помощью глюкометра

САМОПОМОЩЬ ПРИ ГИПОГЛИКЕМИИ

1

Необходимо принять 1-2 ХЕ (хлебных единиц) быстро усваиваемых углеводов:

- Сахар (2-4 куска по 5 г, лучше растворить), мед или варенье (1–1,5 столовых ложки),
- 100–200 мл фруктового сока, или 100–200 мл лимонада на сахаре,
- 4-5 больших таблеток глюкозы (по 3–4 г),
- 1-2 тубы с углеводным сиропом (по 10 г углеводов)

Если через 15 минут гипогликемия не купируется, повторить прием быстрых углеводов.

2

Если гипогликемия вызвана пролонгированным инсулином, особенно в ночное время, то дополнительно необходимо съесть 1-2 ХЕ медленно усваиваемых углеводов (хлеб, каша и т.д.).



ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

3

При тяжелой гипогликемия требуется помощь другого лица:

1) Пациента уложить на бок, освободить полость рта от остатков пищи

При потере сознания нельзя вливать в полость рта сладкие растворы

(опасность попадания жидкости в дыхательные пути).

2) Введение внутривенно струйно 40 – 100 мл 40 % раствора ГЛЮКОЗЫ, до полного восстановления сознания.

3) Если сознание не восстанавливается после внутривенного введения 100 мл 40 % раствора глюкозы – начать внутривенное капельное введение 5–10 % раствора глюкозы и госпитализировать.



ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

4

Если причиной гипогликемии является передозировка таблетированных сахароснижающих препаратов с большой продолжительностью действия, продолжить внутривенное капельное введение 5–10 % раствора глюкозы до нормализации глюкозы в крови.



ОСНОВНЫЕ ПРАВИЛА ПРОФИЛАКТИКИ ПОРАЖЕНИЙ СТОП



- 1) Поддержание уровня сахара как можно ближе к норме
- 2) Нормализация уровня холестерина, вызывающего сужение сосудов
- 3) Соблюдение "Правил ухода за ногами" при сахарном диабете
- 4) Для части пациентов (по назначению врача) - ношение ортопедической обуви.

Доказано, что так называемые **"профилактические курсы сосудистых препаратов"** бесполезны в плане снижения риска диабетической стопы.



ПРАВИЛА УХОДА ЗА НОГАМИ



ДАЖЕ ПРИ НЕБОЛЬШОМ ВОСПАЛЕНИИ
ОБРАЩАЙТЕСЬ К ВРАЧУ



НЕ ПОДВЕРГАЙТЕ НОГИ ВОЗДЕЙСТВИЮ
ОЧЕНЬ ВЫСОКИХ И ОЧЕНЬ НИЗКИХ
ТЕМПЕРАТУР



ЙОД, СПИРТ И ЗЕЛЕНКА
ПРОТИВОПОКАЗАНЫ, ОБРАБОТАЙТЕ
РАНУ ПЕРИКИСЬЮ ВОДОРОДА



ЕЖЕДНЕВНЫЙ
ОСМОТР НОГ



ТЩАТЕЛЬНАЯ СУШКА
МЯГКИМ ПОЛОТЕНЦЕМ



ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ
ТРАВМ



РЕГУЛЯРНОЕ МЫТЬЕ
ТЕПЛОЙ ВОДОЙ



АККУРАТНЫЙ
ПЕДИКЮР



ПОДБОР СПЕЦИАЛЬНОЙ
ОБУВИ



ВАМ НЕ СЛЕДУЕТ КУРИТЬ!
РИСК АМПУТАЦИИ



ПРИ СУХОСТИ НОГ СМАЗЬТЕ
ИХ ЖИРНЫМ КРЕМОМ



ГБУЗ НО НОЦОЗМП
ПОКОЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ

ПРОФИЛАКТИКА ПОРАЖЕНИЯ ГЛАЗ ПРИ СД - ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ

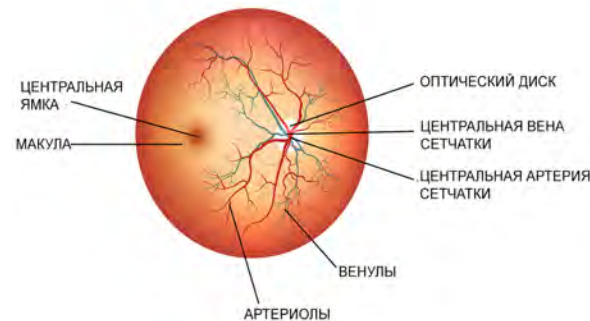
Основанием для профилактики и замедлении прогрессирования диабетической ретинопатии являются:

1. контроль гликемии;
2. контроль артериального давления;
3. содержания липидов крови;
4. регулярные осмотры глазного дна и своевременное проведение лазерной фотокоагуляции

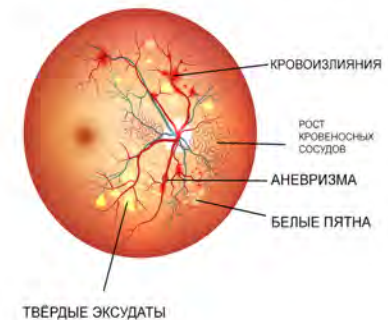


ДИАБЕТИЧЕСКАЯ РЕТИНОПАТИЯ

ЗДОРОВАЯ СЕТЧАТКА



ДИАБЕТИЧЕСКАЯ РЕТИНОПАТИЯ



1

Любое снижение уровня гликированного гемоглобина способствует к снижению развития диабетической ретинопатии.

Целевым уровнем является **НbA1c ниже 7%**.

Однако, у больного с ретинопатией **быстрое снижение уровня гликированного гемоглобина** может привести к **ухудшению** течения диабетической ретинопатией, поэтому резкого снижения глюкозы крови рекомендуется избегать.

2

Снижение уровня систолического и/или диастолического артериального давления ведет к снижению вероятности развития диабетической ретинопатии.

Целевой уровень АД для пациентов с ДР – ниже 130/80 мм рт ст.

3

Уменьшение уровня липопротеинов низкой плотности ведет к снижению риска микрососудистых осложнений, поэтому **прием липидоснижающих препаратов** может принести пользу пациентам с проявление диабетической ретинопатии.



ФОТОКОАГУЛЯЦИЯ СЕТЧАТКИ ПРИ ДР

4

Пациентам с тяжелой формой диабетической ретинопатией рекомендуется ранняя лазерная фотокоагуляция сетчатки.

Для пациентов с менее выраженными изменениями на глазном дне может быть выбрана тактика пристального наблюдения.

Однако лечение лазерной коагуляцией является более предпочтительным у пациентов со 2 типом сахарного диабета, особенно при появлении неблагоприятных признаков или невозможности частого квалифицированного наблюдения.

