

**ҚАРАҒАНДЫ МЕМЛЕКЕТТІК МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ
ТАҒАМ ГИГИЕНАСЫ, ЖАЛПЫ ГИГИЕНА ЖӘНЕ
ЭКОЛОГИЯ КАФЕДРАСЫ**

СӨЖ

Тақырыбы: 2 типті қант диабеті дамуының факторлары.

Орындаған: Тлеу А.А.
Қабылдаған: Тултаева М.Т.

Қарағанды 2017 жыл

ЖОСПАР

- Кіріспе
- Негізгі бөлім
- Қорытынды
- Қолданылған әдебиеттер

КІРІСПЕ

Қант диабеті — инсулиннің бездік немесе безден тыс жеткіліксіздіктерінде, қанда қант мөлшерінің көбейіп кетуінен пайда болатын дерт. Бұл аурумен жас та, кемел жастағылар да, кәрі де ауырады. Әсіресе жасөспірім кездегі диабет ауруы өте қиын, мұндай жаста диабетпен ауырғандарға арнаулы дәрі (инсулин) қолдану ұсынылады. Әйтсе де бұл ауру 40-тан асқан, тамақты шектен тыс ішіп, толыса бастаған адамдарға тән болып келеді. Қант диабеті - көмірсутек, май, ақуыздың зат алмасуының созылмалы бұзылуы, яғни қанға көп мөлшерде қант түйіршегінің бөлінуі болып табылады. Диабет инсулиннің асқазан асты безінен жеткілікті мөлшерде бөлінбеуі салдарынан басталады. Инсулинсіз ағза қант түйіршегін өңдей алмайды. Соның салдарынан қанның құрамында қант мөлшері артады.

НЕГІЗГІ БӨЛІМ

Қант диабеті инсулинге тәуелді(инсулин зависимый), инсулинге тәуелсіз (инсулин не зависимый) болып 2 түрге бөлінеді. Екі типтегі диабетте де қанда қант деңгейі жоғарылайды, гипергликемия пайда болады. Қант диабетінің бірінші белгілері пайда болады: ауыздың құрғауы, қатты шөл, тез несеп шығару (полиурия). Диабеттің 2 типінде бета-клеткалар зақымданбайды, инсулин бөліну өзгермейді. Бірақ науқастарда тамақтық жүктемеден кейін жауап ретінде инсулин концентрациясының жоғарылауы кешігеді, ал шеткі тіндердің инсулинге сезімталдығы өте төмен болады.

2 типтегі қантты диабет (ҚД 2) – инсулиннің абсолюттік тапшылығымен шартталған, көмірсу, сонан соң метаболизмнің басқа да түрлерінің бұзылыстарына алып келетін, полиэтиологиялық синдром. Ауру көбінесе 35-40 жастағы тұлғаларда дамиды (80%).

2 типті қант диабетінің себептері мен даму тетіктері түпкілікті анықталмаған. Бұл кеселдің маңызды буыны глюкокиназа генінің мутациясы: бетта-клетка ферментінің глбкозаға сезімталдығы мен оның қандағы мөлшері қалыптағыдан төмен болады. Мутация әсерінен тамақпентүскен заттарға инсулярлық аралшалардың жауабы кешігеді, сөйтіп инсулиннің бөлінуі мен секрециясы да кешеуілдейді.

Диабеттің 1 типінен бөлек, бұл түрінде кескл дамуы баяу, белгісіздеу, көбіне көрінісі айқын емес, тіпті жоққа таяу. Кейде ол кездейсок, басқа кеселдері анықтау кезінде табылады. Бұл науқастарда кетоацидоз дами қоймайды. Көп аурулар компенсацияны тек диета мен физикалық салмақты реттеу арқылы тұрақтандырады. Бірақ олардың біразы, бұған қоса, қант мөлшерін төмендететін дәрілер қабылдауға мәжбүр болады. Көбіне аталған әрекеттерден көмек болмаған жағдайда, компенсацияны көтеру үшін инсулин енгізу керек болады.

Қант диабетінің 2 типінде жүректің ишемиялық ауруының ағымы субклиникалық түрде, ал олардың айқын клиникалық манифестациясы миокард инфарктымен асқынады. Миокард инфаркты атипиялық клиникалық түрлерімен өтіп, кетоацидозбен асқынады. Артериалды гипертензия мен дислипидемия сияқты қауіп факторлары миокард инфарктының жиілігін арттырады. Сондықтанда артериалдық қысымының, липидтік алмасудың деңгейін қалыптастыру қант диабетімен науқастарда миокард инфарктының даму жиілігін және қан тамырлық асқынулардан өлімшілдікті төмендетеді. Қант диабетінің 2 типіндегі жүрек-қан тамырлар ауруларының жоғары жиілігі гипергликемия, гиперинсулинемия мен инсулинге тұрақтылық сияқты қауіп факторына қосымша дислипидемия мен артериалды гипертензия қосарлануы мүмкін.

ҚД 1 ЖӘНЕ ҚД 2 ДЕКОМПЕНСАЦИЯСЫНЫҢ ҚАУІП-ҚАТЕРЛІ ФАКТОРЛАРЫ:

1. Ауруды кеш диагностикалау.
2. Дәрігір нұсқаулықтарын сақтамау (диетаны, қантты төмендететін препараттарды, оның ішінде инсулинді қабылдауды бұзу).
3. Интеркуренттік аурулардың қосылуы.
4. Генетикалық фактор.
5. Егде жас.
6. Семіздік.
7. Тойып тамақ ішу.
8. Азқозғалысты өмір салты.
9. Жүктілік.
10. Дамудың кұрсақішілік тоқтауы.
11. Ашығу.
12. Стресс.
13. Өмір салтын ауыстыру.

ДИАГНОСТИКА

Шағымдар мен анамнез:

- ❖ жалпы және бұлшықеттік әлсіздік (энергия түзілу тапшылығына, бұлшықеттердегі гликоген және белок тапшылығына байланысты);
- ❖ шөл;
- ❖ ауыздың құрғауы;
- ❖ түнде де, күндіз де жиі және көлемді зәр шығару;
- ❖ тәбеттің ашылуы.

Физикалдық тексерулер (сирек жағдайда семіздік байқалады, көру жітілігінің төмендеуі, артериалды гипертония, перифериялық қанайналым бұзылуларының симптомы, ЖИА симптомы және неврологиялық симптомдар).

Инструменталдық зерттеулер: аяқ пен қол қантамырларының УДДГ, құрсақ қуысы ағзаларын УДЗ, тактильді, температуралық, вибрациялық сезімталдылықты анықтау.

Негізгі диагностикалық шаралар тізімі:

- ❖ Қанның жалпы анализі (лейкоцитарлық формуламен).
- ❖ ~~Зәрдің жалпы анализі.~~
- ❖ Глюкоза деңгейін анықтау: гликемиялық профильді жүргізу (аш қарынға, таңертеңгілік астан соң 2 сағаттан кейін, түскі ас алдында, түскі астан соң 2 сағаттан кейін, кешкі тамақ алдында, кешкі тамақтан соң 2 сағаттан кейін, ұйықтар алдында – 22.00 де, түнгі 3.00 де) – 3 рет; қажет кезде гликемияны жағдай тұрақтанғанша сағат бойынша бақылау (10 – 15 анықтаулар).
- ❖ Жалпы холестерин деңгейін анықтау.
- ❖ Триглицеридтер деңгейін анықтау.
- ❖ Микроальбуминурияны анықтау.
- ❖ Креатининді анықтау.

Қосымша диагностикалық шаралар тізімі (көрсетімдер бойынша):

- ❖ Гликирленген гемоглобинді анықтау.
- ❖ Билирубинді анықтау.
- ❖ Электрокардиография.
- ❖ Құрсақ қуысы ағзаларын УДЗ.
- ❖ Аяқ қантамырларының доплерометриясы.
- ❖ Кеуде клеткасы ағзаларының Р-графиясы.
- ❖ Окулист консультациясы.

ЕМІ

- ❖ Диетотерапия;
- ❖ Физикалық белсенділік;
- ❖ Оқыту және өзін-өзі бақылау;
- ❖ Қант төмендететін дәрі-дәрмектер

2 ТИПТІ ҚД НАУҚАСТАРДЫ ОҚЫТУ

- ❖ 2 – ші типті ҚД сырқаттарын оқыту емдік үдерістің ықпалды бөлігі болып табылады. Ол сырқаттарды нақты терапиялық мақсаттарға жетуге негіз болатын, біліммен және әдеттермен қамтамасыз етуі тиіс.
- ❖ Оқыту іс-шараларын 2 типті ҚД сырқаттарының барлығымен, ауруды айқындаған сәттен бастап, өткізген жөн. Оқытудың мақсаттары мен міндеттері емделушінің өзекті жағдайына сәйкес нақтыланған болуы тиіс.
- ❖ Диабет мектебіне оқыту өтпеген (алғашқы айналым) емделушілер немес оқуды өтіп қойған (қайталама айналым) науқастар, білім деңгейін қалыпты ұстап тұру үшін және ынталандыру үшін немесе инсулин терапиясына ауыстырғанда жаңа терапиялық мақсаттар пайда болғанда жіберіледі.
- ❖ Оқытуға арнайы дайындалатын құрылымдық бағдарламалар, нақты адам құрамына жіберілетін: инсулин алмайтын, 2-ші типті ҚД, инсулин терапиясындағы 2-ші типті ҚД қолданылады.
- ❖ Оқыту жеке тәртіпте де, топтық тәртіпте де жүргізіледі.

ПРОФИЛАКТИКА

- Диета.
- Күшпен физикалық жүктеме.
- Психо-эмоционалдық жағдайды қалпына келтіру.

Профилактикалық шаралар: гликемия, глюкозурия, АҚ деңгейін, ЭКГ тұрақты бақылау; гликолизирленген гемоглобинді 3 айда 1 рет анықтау, аяқ қантамырларының УДДГ – 6 айда 1 рет, жылына 1 рет окулист, невропатолог, қантамырлық хирург тексерулері.

Әрі қарай жүргізу, диспансеризациялау принциптері:

- ❖ Қантты диабетпен ауыратын науқастарды диспансерлік бақылау өмір бойы жүзеге асырылады.
- ❖ Диспансерлік бақылаудын мақсаты болып табылады:
- ❖ • қантты диабетпен науқастарды жүйелік бақылау және дәрігерлік тексерулерді жоспарлы жүргізу;
- ❖ • науқастардың өзін-өзі жақсы сезіну және жұмысқа қабілеттілігін қалпына келтіруге бағытталған емдік және профилактикалық шараларды уақытылы жүргізу;
- ❖ • ангиопатиялар, нейропатиялар, қантты диабеттің басқа асқынуларының алдын алу және уақытылы анықтау мен оларды емдеу.

Диспансерлеуді дәрігер-эндокринолог жүзеге асырады.

Толық клиникалық тексеруге кіреді:

- ❖ эндокринолог тексеруі;
- ❖ бойы, дене салмағы, тіс, терінің ахуалын анықтау, ЭКГ;
- ❖ невропатолог, окулист, гинеколог тексерулері;
- ❖ қажет кезде — басқа мамандар.

ҚОРЫТЫНДЫ

- Қант диабетінің 2 –ші типімен науқастарда ЖИА әйелдер ерлерге қарағанда 2 есе жиі кездесіп, 60 жастан жоғары топ басым болды.
- Қайталамалы МИ 58,1 % жағдайда кездесіп, трансмуральді МИ декомпенсация жағдайымен (кетоацидоз) ұштасып, МИ асқынуына әкелген.
- Жедел коронарлы синдроммен науқастарда МИ өткерілуі 38,2 % кездеседі.
- АГ 100 %, дислипидемия орта шамамен 63 % жиілікте анықталды, яғни ЖИА даму қауіпінде қосымша басты фактор болып саналады.
- ҚД 10 жылға дейінгі анықталуы тобында ЖИА анықталуы басым (70,6 %).

ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

1. Балаболкин М.И., Чернышева Т.Е, и др. Внезапная сердечная смерть у больных сахарным диабетом. М., 2002, стр. 87.
2. Дедов И.И. Балаболкин М.И. и др. Классификация, диагностика, лечения СД и его поздних осложнений: метод рекомендации. М,2002, стр. 54
3. Соколов Е.И. Диабетическое сердце. М.: Медицина, 2002 г., 415 стр.
4. Guidelines on diabetes, pre-diabetes and cardiovascular diseases: executive summary. The Task Force on Diabetes and Cardiovascular Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Eur H J 2007; 28: 88–136.
5. Дедов И.И., Шестакова М.В., Александров А.А и др. Сахарный диабет: острые и хронические осложнения. М.: МИА, 2011.