

АМБУЛАТОР-ПОЛИКЛИНИКА ШАРОИТИДА ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАРНИ ОЛИБ БОРИШДА ОИЛАВИЙ ХАМШИРАЛАР ФАОЛИЯТИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШНИ ДОЛЗАРБ МУАММОЛАРИ

Убайдуллаева С.А.

Тошкент Педиатрия тиббиёт институти

Тохтаева Д.М

Тошкент Педиатрия тиббиёт институти

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7197015>

Аннотация. Мақолада қандли диабет билан оғриган болаларга амбулатория-поликлиника даражасида ҳамширалик ёрдамини таъминлаш этишнинг долзарб муаммолари тавсифи берилган, болаларда учрайдиган қандли диабетнинг эпидемиологияси ҳақида қисқача маълумот берилган, амбулатория-поликлиника даражасида олиб борилаётган ислохотларнинг ўзига хос хусусияти қайд этилган. замонавий шароитлар, патронаж хизматининг ҳаракатсизлар учун ҳал қилувчи роли, қандли диабет билан касалланган беморлар билан ишлашда ҳамширалар фаолиятининг мақсад ва вазифалари таъкидланган.

Калит сўзлар: қандли диабет, гипергликемия, гипогликемия, асоратлар, поликлиника, оилавий поликлиника, оилавий ҳамшира, ҳомийлик.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕМЕЙНЫХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПО УХОДУ ЗА ДЕТЬМИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Аннотация. В статье описаны современные проблемы организации сестринского ухода за детьми с сахарным диабетом на амбулаторно-поликлиническом уровне, даны краткие сведения об эпидемиологии сахарного диабета у детей, отмечены особенности проводимых реформ на амбулаторно-поликлиническом уровне. современных условиях, подчеркивается важнейшая роль патронажной службы малоподвижных, цели и задачи медицинских сестер в работе с больными сахарным диабетом.

Ключевые слова: сахарный диабет, гипергликемия, гипогликемия, осложнения, амбулаторно-поликлинические учреждения, семейная поликлиника, семейная медицинская сестра, патронаж.

AKTUAL PROBLEMS OF IMPROVING THE ACTIVITIES OF FAMILY NURSES IN THE CARE OF CHILDREN WITH DIABETES MELLITUS IN OUTPATIENT SETTINGS

Abstract. The article describes the current problems of organizing nursing care for children with diabetes at the ambulatory-polyclinic level, gives brief information about the epidemiology of diabetes in children, and notes the specific features of the reforms being carried out at the ambulatory-polyclinic level. modern conditions, the crucial role of patronage service for the inactive, the goals and tasks of nurses in working with patients with diabetes are emphasized.

Keywords: diabetes mellitus, hyperglycemia, hypoglycemia, complications, outpatient clinics, family clinic, family nurse, patronage.

КИРИШ

Долзарблиги. Қандли диабет(ҚД) бугунги кунда кенг тарқалган касаллик бўлиб, касаллик оқибатида сурункали касалликларнинг эрта ривожланиши натижасида, беморларнинг ногиронлиги ва юқори ўлим даражаси туфайли “XXI асрнинг юкумли бўлмаган эпидемияси” билан тенглаштирилган.[1]. Болалик давридаги қандли диабет касаллиги замонавий тиббиётнинг энг муҳим муаммоларидан бири бўлиб, бугунги кунда болалар ўртасида касалланиш тобора ўсиб бормоқда.[2] ЖССТ ҳисоб-китобларига кўра дунёда қандли диабет билан касалланганлар сони 177 миллион кишини ташкил этади ва 2025 йилга бориб беморлар сони 300 миллион кишига кўтарилади [3]]2007 йилда дунё болаларининг умумий сони (0-14ёш) 1,8 миллиардни ташкил этган бўлиб, уларни 0,02 фоизи қандли диабет билан касалланганларни ташкил этади. Бу эса шуни англатадики, дунё бўйлаб тахминан 440 000 бола қандли диабет билан касалланади ва ҳар йили 70.000 та янги ҳолат аниқланади [4]. Қандли диабет касаллигини сурункали асоратлари туфайли бемор болаларда эрта ногиронлик кузатилади. [5], ҳаёт сифатини пасайишини [6]Болалардаги қандли диабет-бу боланинг жисмоний, ақлий ва хиссий ривожланишига таъсир қилувчи кенг тарқалган эндокрин алмашинув касаллигидир[7]. Касалликни клиник жихатдан бир бири билан ратогенетик боғлиқ бўлган бешта асосий кечки асоратлари мавжуд бўлиб,буларга:макроангиопатия,нефропатия,ретинопатия,нейропатия ва диабетик оёқ синдромидир.ушбу асоратларни барчаси ҚДни иккала турида ҳам ривожланиши мумкин [8]. Семириб кетиш инсулин қаршилиги билан чамбарчас боғлиқ бўлиб, у инсулинни мавжуд нисбий танқислиги билан биргаликда 2-тур диабетни ривожланишига олиб келади. Афсуски, болалар ва ўсмирлардаги 2-тур диабет катталардагидан фарқли бўлиб, унда макро ва микроваскуляр асоратларнинг эрта бошланиши билан тавсифланади, шу жумладан атеросклероз ва юрак томирлари касаллиги, инсульт, миокард инфаркт ва тўсатдан ўлим, буйрак етишмовчилиги, нейропатия, оёқ-қўлларни ампутацияси ва кўрликка олиб келувчи ретинопатия шулар жумласидандир(9;10).Диабетик полинейропатия ҚДнинг энг кенг тарқалган асоратидир. [1].Бошқа асоратларга оёқ деформацияси,остеоартропатия(шарко оёғи),ва оёқ қўлларни ампутацияси киради [11].

ТАДҚИҚОТ МАТЕРИАЛЛАРИ ВА МЕТОДОЛОГИЯСИ

Ишнинг мақсади: амбулатор-поликlinik шароитида болалардаги қандли диабет касаллигини асоратланишини олдини олишда оилавий ҳамшираларнинг ўрнини аниқлаш ва бу борада олиб борилаётган ишларни ўрганиш. Шунингдек, қандли диабетни асоратланишини олдини олиш мақсадида оилавий ҳамшира томонидан ўтказиладиган профилактик тадбирларини ташкил қилиш ва олиб боришни такомиллаштириш. **Тадқиқот усул ва услублари:**Тадқиқот Тошкент шаҳар Яққасарой тумани ва Шайхонтохур туманларида қандли диабет касаллиги билан касалланган болалар ва соғлом деб ҳисобланган болалар орасида ўтказилади.Тўпланган анкета суровномалари асосида материаллар статистик усулларни асосий параметрлари бўйича таҳлил қилинади. Бундан ташқари оилавий ҳамширалардан анкета сўровнома ўтказилади. ҚД касаллиги билан касалланган болаларни ота оналари билан суҳбат ва анкета сўровнома ўтказилиб тадқиқотдаги маълумотлар ССПФ-статистик дастур ёрдамида таҳлил қилинади.

ТАДҚИҚОТ НАТИЖАЛАРИ

Натижаларни муҳокама қилиш: 2013 йилда Қандли диабет асоратлари 5,1 миллион киши ўлимига сабаб бўлган.Дунёда ҳар 6 сонияда 1 киши қандли диабетдан вафот этади.ҳар 10 сонияда эса қандли диабет ташхиси билан 3 та янги ҳолат қайд

этилади.[12]. ЖССТ маълумотларига кўра hozirgi вақтда дунёда қандли диабет билан касалланган 175 миллиондан ортиқ бемор мавжуд бўлиб, уларни сони барқарор ўсиб бормоқда ва 2025 йилга келиб 300 миллионга етиши тахмин қилинмоқда [13].1-тур КД кенг тарқалган (одатда болалик ёки ўсмирлик даврида бошланади),ва катталарда (40 ёш ва ундан катталарда) 2 тур КД кузатилади.касалликни намоён бўлиш эҳтимоли беморлар ёши ва ортиқча вазнининг пайдо бўлиши билан сезиларли даражада ошади. КДнинг умумий тарқалишида 90-95% 2 тур диабетга тўғри келади.ва айнан шу турдаги диабетнинг “эпидемияси” билан боғлиқ 2 тур диабет тарқалишининг ўсиши ривожланган мамлакатлар аҳолисига хос бўлган носоғлом турмуш тарзи (ортиқча овқатланиш,жисмоний ҳаракатсизлик) билан боғлиқ.[14].2-тур диабет билан оғриган беморларни сони барча мамлакатларда ортиб бормоқда. Бу турдаги диабетни тарқалиши турли мамлакат ва этник гуруҳларда фарқ қилади. Европа мамлакатларида,АҚШ ва Россия Федератсиясида бу тахминан 5-8%ни ташкил қилади. Ёш жихатдан солиштирганда ҚД 2 турини ортиши 25 ёшдан ошган одамлар орасида 10% гача тарқалган булса,65 ёшдан ошган одамларда бу кўрсаткич 20% га йетади. ҚД-2 билан касалланиш Америка ва Гавая ороллариининг махаллий аҳолиси орасида 2,5 баробар юқори булса, Пима қабиласида(Аризона) хиндулари орасида бу курсаткич 50%га етади. Аньанавий турмуш тарзини олиб борадиган Хиндистон,Хитой,Чили ва Африка мамлакатлари қишлоқ аҳолиси орасида ҚД 2 турини тарқалиши жуда паст(1%дан кам).Сўнгги йилларда ҚД 2 нинг сезиларли ёшариши ва болалар ва ёшлар ўртасида касалликни кўпайиши кузатилди. [8]. Ўрганилган 27 давлатда ўтказилган 37 та халқаро тадқиқот натижаларининг тахлилига кўра бутун дунёда қандли диабет билан касалланиш ва тарқалишининг барқарор ўсиши тенденцияси кўрсатилди. Унга кўра илгари қайд этилган касалланган популяцияларида 1-тур диабет билан касалланган болалар сони ҳар йили ўртача 3 % га ўсиб бормоқда[15], айниқса касалликни юқори ўсиши 5 ёшгача бўлган болаларда кузатилиб, улар 5 ёшдан 15 ёшгача бўлган беморларга нисбатан қайд этилган[16,17]. Кўпгина Фарб мамлакатларида болалар ва ўсмирлар орасида 90% ҳолатларда 1-тур диабет касаллиги учрайди, аммо 1-тур диабет ташхиси 15 ёшгача бўлганларни ярмидан кам ҳолатларда кўлланилади[18;19]. 2-тур диабет ҳам барча миллат ва этник гуруҳларнинг болалари ва ўсмирлари орасида учрайди, лекин кўпинча афро-америкаликлар, испанлар, жанубий осиеликлар ва океан ороллари аҳолиси орасида бошқаларга нисбатан кўпроқ учрайди[20]. Осиеда 1-тур диабет билан касалланиш жуда пастдир: Хитойда бу 100 000 аҳоли орасида 0,1%ни ташкил қилса, Японияда эса 100 000 аҳоли орасида 2,4%ни ташкил этади [21]. Кўпгина муаллифларни фикрига кўра, диабет билан оғриган болаларни 70%дан ортиғида касаллик компенсациясининг ноадекват кўрсаткичлари мавжудлигини асосий сабабларидан бири, кеч асоратларни юқори тарқалиши беморлар ва уларни оилаларида тиббий таълимни етишмаслиги туфайли касалликни бошқаришга қодир эмаслигидандир [22]. Дунёни аксарият мамлакатларида сурункали касалликлари бўлган беморларни даволашда терапевтик таълим яъни беморни кўникмаларини ривожлантириш, ўз касаллигини назорат қилиш ва даволашга мослашиш имкониятини яратади. [23].Сурункали касалликларни даволашда беморларни ўқитиш шифокорлик малакасини талаб қилмайди ва махсус ўқитилган ҳамширалар томонидан ҳам амалга оширилиши мумкин. [24].Ратционал овқатланиш,жисмоний фаоллик ва вазнини назорат қилиш ҚДни самарали даволашда асосий бўғин ҳисобланади. Асосий омиллардан ташқари,уларни таъсирини кучайтирувчи

кўшимча омилар ҳам мавжуд бўлиб,буларга қуйидагилар киради:оёқларни нотўғри парвариш қилиш,ортиқча вазн,спиртли ичимликларни истеъмол қилиш,чекиш,ретинооптия,диабетик нефропатия,оёқларни юқумли ва кўзиқоринли касалликлари, сурункали гипергликемия,спорт мусобақалари,интенсив югуриш,60 ёшдан ошганлар, диабетнинг давомийлиги ва яралар, оёқ ампутациялари, артериал гипертензия ва гиперхолестеринемия шулар жумласидандир.[25]. Қандли диабет касаллигини асорати булган диабетик тоvon касаллигини олдини олишни учта асосий шарти мавжуд бўлиб уларга қуйидагилар киради: - касалликни илк босқичида назорат қилиш;

- оёқларнинг мунтазам текшируви: шифокор томонидан беморнинг ҳар бир ташрифида,бемор томонидан мустақил равишда ҳар куни;

- касал оёқ парваришининг билиш, элементар қоидаларга ҳам риоя қилиш

Ярадан олдинги терининг шикастланишига ва трофик нуқсонларни ривожланишига сабаб оёқларни деформацияси(болға шаклидаги бармоқлар,текис оёқлар,оёқ ампутациялари) шунингдек тирнокни қалинлашиши,қаттиқ пойабзал ва бошқалар сабаб булиши мумкин.[26] Қандли Диабет касаллигида таълим куп факторли терапевтик таъсирга эга бўлиб,у беморларга касалликни кечиш хусусиятлари ҳақида оддийгина маълумот бериш, гликемияни мунтазам равишда назорат қилиш,ва белгиланган дори дармонлардан доимий равишда фойдаланиш кўникмаларини ривожлантириши керак. [27].Шундан келиб чиққан ҳолда,охирги пайтларда диабет билан касалланган беморларни ўзини ўзи назорат қилувчи мактабларнинг штат таркибига олий маълумотли хамширалик иши мутахасисларининг интеграциялаш, тиббий ёрдамнинг мавжудлиги ва сифатини ошириш воситаси сифатида тобора кўпроқ муҳокама қилинмоқда. Таълим бўйича мутахасис юқори касбий тайёргарлик билан бир қаторда тиббий психология, педагогика, ривожланиш психологияси соҳасидаги билимларга эга бўлиши, муайян бемор учун терапевтик таълимнинг мақсад ва вазибаларини тасаввур қилиши, унинг эҳтиёжлари ва мотивациясини баҳолаши керак. [28,29,13]

МУҲОКАМА

Қандли диабет билан оғриган беморларга хамширалик ёрдамини кўрсатиш хамширалар фаолиятини қуйидаги жиҳатларини ўз ичига олган тизимли ёндашувдан фойдаланган ҳолда шаклланиши керак:

- умумий парвариш;
- уйда патронаж;
- беморлар ва уларни оила аъзоларини ўқитиш
- подиатрик парвариш;
- фанлараро ҳамкорлик;
- тармоқлараро ўзаро таъсир

[30]. Муаммонинг аҳамияти тиббий ёрдам ва даволаниш учун зарур бўлган муҳим молиявий ресурслар билан белгиланади.ривожланган мамлакатларда диабетга чалинганларни 5%дан ортиғи оёқ ярасига ва умумий соғлиқни сақлаш харажатларини 20% диабетик оёқни парваришга сарфланади.Ривожланган мамлакатларда нафақат диабетик оёқ ва унинг асоратлари тез тез учрайди,балки баъзида соғлиқни сақлашни молиялаштиришни 40% гача бу касалликка сарфланади. [31,32]. Буларни барчаси диабет ва унинг асоратлари бутун жамиятга тиббий хизмат кўрсатишга сезиларли таъсир кўрсатишини исботлаган. [33,34]. Бу соғлиқни сақлаш ва таълим тизимлари ва беморлар

Ўртасида яқин ҳамкорликни талаб қилади миллий ва халқаро стратегияларни ишлаб чиқиш,тиббий гуруҳ аъзоларини фаол ҳамкорлиги адекват ва самарали тиббий хизматларни тақдим этиш ва такомиллаштиришдан иборат бўлган тиббий ёрдам ёрдам сифатини ошириш беморларни ҳаёт сифати бу вазифаларни бажаришда уларга ихтисослаштирилган ёрдам кўрсатиш самарадорлигида ҳамшираларни ўрни катта. [35].Хамширалар диабетга чалинганларни мониторинг қилишни асосий параметрлари глюкоза,сийдикда канд ва кетонлар микдорини кузатиш, қон босимини кузатиш,буйраклар фаолиятини назорат қилиш, диабетни ўткир ёки сурункали асоратлари пайдо бўлишини кузатиш ва бошқалар ҳақида билимга эга бўлиши керак. Улар турли хил инъсулин препатарлари билан таниш бўлишлари,инсулин қалами ва глюкометрни бошқариш, беморга ўз ўзига инъексия қилишни тўғри техник бажарилишини кўрсатиши ва тушунтира олиши, шунингдек бемордаги қўрқувни енгишга ёрдам бериши керак..шунинг учун хамширалар ушбу масалалар бўйича мақсадли тренингдан ўтишлари ва ушбу соҳадаги беморларга,айниқса глюкомик назорати ёмон бўлган беморларга амалий машгулотлар ўтказишлари керак.ва асоратларни олдини олиш бўйича туғи маслаҳат беришлари зарур.масалан:диабетик оёқни эрта олдини олиш учун хамширалар оёқларни қандай парваришласани,туғри пойафзал танлашларини беморга туғри тушунтиришни билишлари [36]. Хамширалар беморни оёқларини мустақил текшириш имкониятига эга булишлари керак бундай муолажаларга: оёқ кўлларнинг ҳаракатларини текшириш, шишлар мавжудлигини,оёқларни оғриқли ва юзаки сезгирлигини, намликни, рангини,тери хароратини текшириш муолажалари киради. [37].Бундан ташқари хамширалар беморга қўшимча оёқ парваришида қандай ёрдам беришни билиши, диабетик яранинг турига қараб туғри бандажни танлаш, яранинг ривожланиш даражасига қараб оёқ парвариши бўйича ихтисослаштирилган ёрдам кўрсатиши кераклиги ҳақида, Ярани тоза, етарли ва антибактериал намлик билан боғлаш ҳақидаги билимга ҳам эга булишлари керак.. [38,39].Хамширанинг яна бир муҳим вазифаларидан бири бу диабетик оёқ яраси билан оғриган беморларга ҳаракатчанликни сақлашга ёрдам беришдир.бу айнақса оёқ кўллари ампутация қилинган беморлар учун жуда муҳимдир.Хамшира ҳар хил турдаги ёрдамчи асбобларни ва улардан фойдаланишни билишга уқитиб ўргатилган бўлиши керак.(таёқлар,пиёдалар ва ногиронлар аравачалари,маҳсус пойафзал,этиklar ва бошқалар) у ўз билимларини беморга етказиши, касалликни авж олиб кетмаслиги учун нималар қилиш кераклигини беморларга ўргатиши ва ҳаракатчанлигини сақлаб қолиши учун ёрдамчи қурилмалардан фойдаланишга ундаши керак. [40,41,42].Бу жиҳатларни барчаси диабетга чалинганларга сифатли ёрдам кўрсатишнинг комплекс дастурини ишлаб чиқишда хамшираларни тайёрлаш муҳимлигини таъкидлайди.беморларни ўқитиш билан бир қаторда кўп тармоқли жамоанинг асосий аъзоси сифатида хамширалар ҳам тажрибага эга бўлиши керак.бунинг асосий мақсади диабетга чалинган беморларни касаллик асоратларини олдини олишга қаратилган бўлиб,парвариш ва даволаш бўйича кўникмаларни оширишдир. [43].Шу тарзда хамширалар сурункали касалликларга чалинган беморларни даволашда иштирок этишлари учун масъулиятни ўз зиммаларига олишлари мумкин.шу билан бирга ЖССТ хамшира ходимларни нафақат жамоавий ҳаракатларга,балки бутун дунёдаги 13 миллион хамширанинг ҳар бирини соғлом турмуш тарзи фойдасига шахсий танлов қилишга чақиради:чекишни тўхтатиш,тўғри овқатланиш,кўп ҳаракатлилик ва х.зо..Ана шу 13 миллионнинг ҳар бири ўз

яқинлари, дўстлари, кўни қўшнилари, ҳамкасблари учун намуна бўлиб қолса бу сурункали касалликлар эпидемиясини тўхтатишга шубҳасиз ёрдам беради. [44].

ХУЛОСА

Қандли диабет - бу организмдаги углеводлар ва сув алмашинувининг бузилиши натижасида ошқозон ости беги функциясининг бузилишидир. 1 тур қандли диабет эса - аутоиммун касаллик бўлиб, у ирсий мойиллиги бўлган шахсларда узоқ кечувчи лимфоцитар инсулин бетта-хужайралар деструкциясига, яъни ошқозон ости безининг оролчасида жойлашган инсулин ишлаб чиқарувчи бета-хужайраларини деструкцияси оқибатида инсулин етишмовчилигини юзага келтиради. ҚД 1 турига барча беморлар сонини 5% тўғри келади. Касалликни энг кўп ёшга боғлиқ манифестацияси 10-13 ёшларга тўғри келади. Кўпчилик ҳолатларда қандли диабет 1 тури 40 ёшгача ривожланади. Касаллик генетик, иммунологик омилларга, шунингдек, ташқи муҳитнинг салбий таъсирига асосланган бўлиши мумкин. Касалликни эрта ташхислаш ва этарли даражада даволаш энг муҳим вазифалардир, чунки гипер- ва гипогликемия оғир қон томир асоратларни ривожланишига ёрдам берадиган кўплаб патологик механизмлар учун бошланғич нуқта бўлиб хизмат қилади. Қандли диабетни даволашнинг мақсади кун давомида қондаги глюкоза миқдорининг деярли соғлом одамда кузатилганидан деярли фарқ қилмайдиган даражаларига эришишдир. Қандли диабет билан оғриган беморларга ёрдам ҳамшира томонидан амалга оширилади, унинг вазифаларига қуйидагилар киради:

- ҳолатни барқарорлаштиришга ёрдам берадиган энг қулай шароитларни ташкил этиш;
- инсулин терапиясида ёрдам бериш;
- мувозанатли меню тузиш ва тўғри овқатланишга ўргатиш;
- бемор ва унинг оила аъзолари билан асосий кўникмаларни ўргатиш бўйича машғулотлар ўтказишдир, бу эса касалликнинг кечишини малакали парвариш қилиш ва назорат қилишни ўз ичига олади.

Айнан, ҳамширалар бирламчи бугинда диабет олди ҳолати ва қандли диабетни дастлабки босқичларида бемор болаларни динамикада кузатиб боришлари, асоратларни олдини олиш учун тарғибот ва ташвиқот ишларини олиб боришлари, касалликни илк аломатларини аниқлашлари ва беморни ўз вақтида тор мутахасисларга юборишлари керак, бу эса ҳамширалар ишида жуда муҳим ҳисобланади.

REFERENCES

1. Анциферов М.Б. Синдром диабетической стопы / М.Б. Анциферов, Г.Р. Галстян, А.Ю. Токмакова и др. И Сахарный диабет. - 2011. - №2. - С. 2-8., /Дедов И. И. Диабетическая стопа / И. И. Дедов, О. В. Удовиченко, Г. Р. Галстян — М.: Практическая медицина. — 2015., / Дедов И.И., Шестакова М.В. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / И.И. Дедов, М.В. Шестакова - М., - 2009. - 101 с
2. Ю.И. Сунцов, 2005; В.А. Петеркова с соавт., 2005; Т.Ю. Ширяева с соавт., 2009.
3. Балашевич Л.И., Измайлов А.С., 2012
4. IDF. Incidence of diabetes. Diabetes Atlas 2006:2.
5. Э.П. Касаткина, 1998; И.И. Соломатина и др., 2003; Г.Р. Ахметгареева, 2003; Я.В. Гириш и др., 2005; Ю.И. Сунцов, 2005
6. M. Grey, 1998; C. Eiser, 2001; И. Ноеу, 2001; M. Rosa, 2002; И.В. Лисенко, 2008; В.Ю. Альбицкий, 2009; О.В. Компанией, 2010
7. Берман Р.Е., Воган В.К. Педиатрия. — М., 1994. — С. 280
8. Эндокринология, Дедов 2015г. 244-283 стр.
9. Hannon T.S., Rao G., Arslanian S.A. Childhood Obesity and Type 2 Diabetes Mellitus // Pediatrics. — 2005. — V. 116. — P. 473–480.
10. Pinhas-Hamiel O., Zeitler P. Acute and chronic complications of type 2 diabetes mellitus in children and adolescents // Lancet. —2007. — V. 369. — P. 1823–1831
11. Бенсман В.М. Дискуссионные вопросы классификации синдрома диабетической стопы / В.М. Бенсман, К.Г. Триандафилов // Хирургия. - 2009. -№4.-С. 37-41
12. А.Л.Вёрткин.,Сахарный диабет.,руководства для практических врачей., серия «Амбулаторный прием», 2015г.,11-76 стр.
13. Лапик С.В. Оценка возможности и степени участия специалистов сестринского дела с разным уровнем образования в профилактических программах. Главная медицинская сестра. 2008; 3: 148-56
14. Шестакова М.В., Суркова Е.В., Майоров А.Ю. Обучение больных сахарным диабетом 2 типа. Руководство для врачей общей практики. Минздравсоцразвития РФ, Федеральное агентство по здравоохранению, ФГУ ЭНЦ Росмедтехнологий. 2007; 166 с.
15. Onkamo P., Vaananen S., Karvonen M. et al. Worldwide increase in incidence of type 1 diabetes: the analysis of the data in published incidence trends // Diabetologia. — 1999. — V. 42, № 1395. —P. 1403.
16. Gardner S.G., Bingley P.J., Sawtell P.A. et al. Rising incidence of insulin dependent diabetes in children aged less than 5 years in the Oxford region time trend analysis // BMJ. — 1997. — V. 315. —P. 713–717.
17. Schoenle E., LanggMuritano M., Gschwend S. et al. Epidemiology of type 1 diabetes mellitus in Switzerland: steep rise in incidence in under 5 year old children in the past decade // Diabetologia. —2001. — V. 44. — P. 286–289
18. THUNANDER M, PETERSSON C, JONZON K, FORNAN DER J, OSSIANSSON B, TORN C, EDVARDSSON S, LANDINAOLSSON M. Incidence of type 1 and type 2 diabetes in adults and children in Kronoberg, Sweden. Diabetes Res Clin Pract 2008; 82: 247–255.;

19. VANDEWALLE CL, COECKELBERGHS MI, DE L, DU ICM, SCHUIT FC, PIPELEERS DG, GORUS FK. Epidemiology, clinical aspects, and biology of IDDM patients under age 40 years. Comparison of data from Antwerp with complete ascertainment with data from Belgium with 40% ascertainment. The Belgian Diabetes Registry. *Diabetes Care* 1997; 20: 1556–1561
20. The writing group for the search for diabetes in youth study group. Incidence of diabetes in youth in the United States // *JAMA*. — 2007. — V. 297. — P. 2716–2724.
21. KAWASAKI E, MATSUURA N, EGUCHI K. Type 1 diabetes in Japan. *Diabetologia* 2006; 49: 828–836
22. М.Б. Анциферов и соавт., 1998; Г.Р. Галстян, 1998; С.Н. Ласкаева, 1998; И.Г. Сичинава, 1998; Э.П. Касаткина, 1998; Е.А. Андрианова, 1998; Ю.Г. Самойлова с соавт., 2001; Т.Д. Шапошникова и др., 2002; М.И. Мартынова и др., 2003; D.A. Ellis, 2005; В.А. Воробьева и др., 2006; Н.Ф. Чурина и др., 2006; Д. Е. Цымбал и др., 2006
23. Е.А. Андрианова, 1999; Отчет рабочей группы В0.3, 2001; J. Silverstein, 2005; А.Ю. Майоров, 2006; Н.Ю. Филина с соавт., 2010
24. K. Wasser-Heiinger, 1983; N.S. Potdar, 1994; Т.Н. Павленко, 2003; Н.Л. Мамаева, 2004; Г.М. Злобина, 2007; С.В. Лапик, 2008; Д.И. Зелинская, 2005; И.В. Островская, 2010.
25. Международный консенсус по диабетической стопе 2007 г., / Удовиченко О. В. Имобилизирующая разгрузочная повязка (total contact cast) в лечении трофических язв у больных сахарным диабетом / О. В. Удовиченко, Г. Р. Галстян И Сахарный диабет. —2013. —№ 3. — С. 29-34.
26. Jefcoate W.J., Harding K. Diabetic foot ulcers / W.J. Jefcoate, K. Harding // *Lancet*. - 2003. - Vol. 361. -P. 1545-1551.
27. Майоров А.Ю., Суркова Е.В., Мотовилин О.Г., Мельникова О.Г., Шишкова Ю.А. Обучение больных диабетом: синтез доказательной медицины и психологического подхода. *Сахарный диабет*. 2011; 1: 46-50.
28. Злобина Г.М. Оценка готовности медсестер к формированию у пациентов здоровьесберегающего поведения. *Главная медицинская сестра*. 2007; 1:138-41.
29. Калинина А.М. Школы здоровья для пациентов с хроническими заболеваниями и факторами риска. Заместитель главного врача: лечебная работа и медицинская экспертиза. 2007; 5: 23-30
30. ПАВЛОВ Ю.И. РОЛЬ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ОРГАНИЗАЦИИ И ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ., РАНЫ И РАНЕВЫЕ ИНФЕКЦИИ ЖУРНАЛ ИМ. ПРОФ. Б. М. КОСТЮЧЕНКА том 3., 2016, 38-41с
31. Bakker K., Riley P.H. The year of the diabetic foot. *Diabetes Voice*, 2005, 50(1):11-14.
32. Berendt A.R., Lipsky V.A. Infection in the diabetic foot. In: *Clinical care of the diabetic foot*. American Diabetes Association 10th edition. Edited by Armstrong D.G., Lavery L.A. 2005, 90-98.
33. American Diabetes Association: Economic Costs of Diabetes in the U.S. in 2007. *Diabetes Care*, 2008, 31:596-615.
34. Heidari S.H., NooriTajer M., Shirazi F., Sanjari M., Shoghi M., Salemi S. The relationship between Family support and diabetes control in type 2 diabetic patients. *Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders*, 2008, 8(2):93-102.

35. Holzemer L.W. Improving Health through nursing research. International Council of Nurses. Wiley-Blackwell; 2010.
36. Ramachandran A. Specific problems of the diabetic foot in developing countries. *Diabetes Metab Res Rev*, 2004, 20:123-133.
37. Black J.M., Matassarin-Jacobs E., Luckmann J. *Medical-Surgical Nursing: Clinical Management for Continuity of Care*. 5th edition. Philadelphia, PA: WB Saunders Co; 1997:1997-1998
38. Armstrong D.G., Lavery L.A. Clinical care of the diabetic foot. *American Diabetes Association* 2005, 8:78-79.
39. Reiber G.E., Vileikyte L., Boyko E.J. et al. Causal pathways for incident lower extremity ulcers in patients with diabetes from two settings. *Diabetes Care*, 1999, 22:157-162.
40. Armstrong D.G., Lavery L.A., Wu S., Boulton A.J. Evaluation of removable and irremovable cast walkers in the healing of diabetic foot wounds. *Diabetes Care*, 2005, 28(3):551-554.
41. Lavery L., Baranoski S., Ayello E.A. Options for off-loading the diabetic foot. *Adv Skin Wound Care*, 2004, 17(4):181-186.
42. Nabuurs-Franssen M.H., Slegers R., Huijberts M.S. Total contact casting of the diabetic foot in daily practice. *Diabetes Care*, 2005, 28(2):243-247.
43. Calle-Pascual A.L., Garcia-Torre N., Moraga I., Diaz J.A. et al. Epidemiology of non-traumatic lower-extremity amputation in Area 7, Madrid, between 1989 and 1999. *Diabetes Care*, 2001, 24:1686-1689.
44. И.В. Островская, канд. психол. Наук Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова, РОЛЬ МЕДСЕСТЕР В ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ВЕДЕНИИ ТАКИХ ПАЦИЕНТОВ, медицинская сестра © И.В. Островская, 2010, 4-9 стр.