

Н. А. Самойлова (Казань). О возможностях сужения абсолютных показаний к инсулинотерапии сахарного диабета

Согласно официальному положению, кетоацидоз при впервые выявленном диабете является абсолютным показанием для инсулинотерапии. Однако Галлер и Штрауценберг считают возможным при впервые выявленном декомпенсированном диабете избежать инсулинотерапии в части случаев ацидоза, гипергликемии и глюкозурии.

При лечении 5 больных с впервые выявленным декомпенсированным диабетом и диабетом слабой степени (уровень глюкозы в крови от 14,1 до 10,8—9,7 ммоль/л, содержание сахара в суточной моче — от 80 до 30 г, ацетон от +++ до +) и сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями (гипертонической болезнью, выраженным атеросклерозом, ожирением) мы посчитали возможным в условиях стационара и ежедневного биохимического контроля не применять инсулинотерапию. Больным назначали букарбан (1,5 г) в комбинации с адебитом (3 таблетки), индивидуальную диету (стол 9 с исключением жиров), кокарбоксилазу, щелочное питье. В течение первых трех дней снижался ацидоз, уменьшалась гликемия. Полная компенсация достигалась в течение 2—3 нед после начала лечения сульфаниламидами.

Приводим два наблюдения.

1. Р., 73 лет, поступила в стационар 9/XII 1977 г. с жалобами, характерными для декомпенсированного сахарного диабета. Гликемия 14,1 ммоль/л, глюкозурия — 80 г/сут, ацетон в суточной моче ++. Сахарный диабет у больной выявлен впервые. Кроме того, у нее имеется выраженный атеросклероз, ожирение I ст.

Была назначена диета энергоемкостью 7,5 МДж с исключением хлеба, жиров; букарбан, адебит (по 3 таблетки), а также гидрокарбонат натрия, кокарбоксилазу, липоевая кислота, витамины. На 3-й день после начала лечения ацетон в моче отрицательный, на 21-й день достигнута аглюкозурия. Гликемия снизилась до 8,4 ммоль/л на 17-й день; при выписке — аглюкозурия, гликемия 7,3 ммоль/л.

В течение года наблюдалась стойкая нормогликемия и аглюкозурия, что позволило снизить дозы букарбана до 0,5 г в день и отменить адебит.

2. С., 41 года, болен сахарным диабетом 5 лет. Лечение диетическое, компенсация нестойкая. 6/X 1975 г. С. поступил в стационар с явлениями декомпенсированного сахарного диабета. Гликемия 11,4 ммоль/л, глюкозурия — 50 г/сут, ацетон +. Ожирение II ст.

Было назначено такое же лечение, как в первом наблюдении. Ацетон в моче перестал определяться на 3-й день лечения, аглюкозурия наступила на 22-й день, гликемия уменьшилась до 8,2 ммоль/л на 14-й день лечения; при выписке она составляла 7,0 ммоль/л.

В последующем установлена субкомпенсация сахарного диабета, что позволило вести больного на поддерживающих дозах букарбана и адебита.

Как известно, адекватная инсулинотерапия при декомпенсированном сахарном диабете, как правило, позволяет быстро достигнуть компенсации обменных процессов. Однако в ряде случаев по мере достижения компенсации потребность в инсулине увеличивается до доз, исключающих перевод на таблетированные средства. Кроме того, факт перевода на инъекционную терапию вызывает отрицательные эмоции.

В связи с этим следует считать оправданной попытку избежать инсулинотерапии в указанных нами ситуациях, несмотря на формальные показания к ней. Приведенные нами данные позволяют пересмотреть абсолютные показания к назначению инсулина в условиях стационара и считать возможным при кетоацидозе средней степени применять комбинированную таблетированную терапию (обязателен биохимический контроль!).

При задержке кетоацидоза по ацетонурии больше 3 дней, а также отсутствии снижения гликемии в первые дни больных необходимо переводить на инсулинотерапию.

И. Ф. Фролова (Казань). Фактор постинъекционного раздражения в генезе трофической язвы при сахарном диабете

Среди осложнений сахарного диабета особое место занимают трофические язвы нижних конечностей. Современные представления о причинах и роли постинъекционного вегетативно-ирригаторного звена в генезе трофических язв при сахарном диабете дали основание применить для их лечения принцип блокады афферентной импульсации из очага раздражения инфильтрацией 60—80 мл 0,25% раствора новокаина (В. В. Талантов, 1973).

И., 71 года, поступил в стационар в сентябре 1973 г. с диагнозом: сахарный диабет тяжелой степени, компенсированный-субкомпенсированный; системный атеросклероз сосудов, ангиогенный кардиосклероз, ишемическая болезнь сердца, атеросклероз сосудов нижних конечностей; трофическая язва внутренней поверхности большого пальца правой стопы.