

УДК 616.379—008.64: [616.8—009.831+616.379—008.61]—08

## НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ НЕОТЛОЖНОЙ ДИАБЕТОЛОГИИ

Э. Н. Хасанов, Л. А. Шаранова

*Кафедра эндокринологии (зав.— проф. В. В. Талантов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова, городская больница № 6 (главврач — канд. мед. наук В. И. Зайцев) г. Казани*

В последние годы наблюдается отчетливая тенденция к росту распространенности сахарного диабета, в связи с чем увеличивается число больных, нуждающихся в неотложной помощи. Анализ причин возникновения неотложных ситуаций у больных сахарным диабетом, выявление недочетов в диагностике и лечебной тактике неотложных состояний в условиях скорой медицинской помощи, несомненно, представляют практический интерес.

Проанализированы истории болезни 319 больных сахарным диабетом (мужчин—147, женщин—172), госпитализированных службой скорой помощи в эндокринологическое отделение 6-й городской больницы г. Казани в 1975—1983 гг. В возрасте до 30 лет было 115 человек, старше 30 лет—204. Диабет был выявлен впервые у 10 человек, протекал 1—5 лет у 118, 6—10 лет—у 112, 11—15—у 38, свыше 15 лет—у 41 больного. Сахарный диабет тяжелой степени диагностирован у 247 человек, среднетяжелой формы—у 72. Инсулинотерапию получали 293 пациента, сахароснижающие препараты для приема внутрь—26.

При поступлении в эндокринологическое отделение гипогликемическое состояние и кома установлены у 85 больных, состояния кетоацидоза и начинающаяся кома—у 188, полная диабетическая кома—у 12. 34 человека госпитализированы в связи с ухудшением состояния (без кетоза или гипогликемии), обусловленным сопутствующими заболеваниями.

Декомпенсация сахарного диабета от состояния кетоацидоза до развития полной кетонемической комы у 200 больных была вызвана следующими причинами: а) самовольным, не согласованным с врачом-эндокринологом снижением дозы вводимого инсулина, нерегулярными инъекциями или полным их прекращением в течение 2—3 дней (78); б) несоблюдением диеты, сочетающимся с употреблением алкоголя и нерегулярными при этом инъекциями инсулина (32); в) грубым нарушением диеты (15); г) стрессовыми ситуациями (7); д) присоединением инфекционных и других сопутствующих заболеваний (48); е) впервые выявленным диабетом с развитием кетонемической комы (7). У 13 больных причина декомпенсации сахарного диабета не установлена. Таким образом, у 125 (66,8%) из 187 больных, у которых была выяснена причина декомпенсации сахарного диабета, кетоацидоз и кетонемическая кома развились вследствие недисциплинированности больных, нарушения ими врачебных предписаний, режима питания и лечения.

Из 85 больных, госпитализированных с гипогликемическим состоянием или комой, у 47 гипогликемия возникла в связи с погрешностями в режиме питания (несвоевременный или недостаточный прием пищи), у 11—на фоне алкогольного опьянения, у 11—в результате введения неотрегулированных доз инсулина и нестабильного физического режима. У 16 больных причина возникновения гипогликемических состояний не установлена. Таким образом, гипогликемические и кетонемические комы появляются нередко вследствие нарушений, допускаемых самими больными, поэтому с каждым из них необходимо проводить кропотливую профилактическую работу в поликлинике или во время их пребывания в стационаре. Больной сахарным диабетом и его близкие родственники должны иметь основные понятия о сущности сахарного диабета и его лечении, о возможных осложнениях в случае несоблюдения диеты и физического режима, нарушения медикаментозной терапии. Каждого больного сахарным диабетом необходимо научить контролировать течение своего заболевания (по возможности путем исследования глюкозурии с помощью индикаторной бумаги «глюкотест», а также по симптомам).

Из 319 экстренно госпитализированных больных сахарным диабетом у 58

(18,2%) лиц врачами скорой помощи допущены диагностические ошибки, что повлекло за собой и неправильную лечебную тактику. Так, 23 больным после ошибочного диагноза гипогликемического состояния введено внутривенно от 20 до 60 мл 40% раствора глюкозы, что усилило метаболические расстройства. В условиях скорой помощи внутривенное введение 40% раствора глюкозы с диагностической целью оправдано лишь у больных, находящихся в бессознательном состоянии, когда в клинике комы отсутствуют типичные симптомы [1].

10 больным сахарным диабетом врачами скорой помощи на дому без показаний вводились большие дозы инсулина, что вызвало у них развитие гипогликемической комы, хотя по существующим рекомендациям применение инсулина в условиях скорой медицинской помощи также противопоказано. У 5 больных врачами скорой помощи не была распознана истинная гипогликемическая кома (диагностировали инсульт, психоз, эпилептический припадок), что привело к неправильной тактике при оказании им неотложной терапии. В то же время ретроспективный анализ историй болезни показал, что анамнестические данные и клиническая картина заболевания в большинстве случаев позволяли врачу поставить правильный диагноз. У 12 больных диабетическая кетонемическая прекома и кома ошибочно диагностированы как отравление, желудочное кровотечение, грипп, «острый живот», гипогликемическое состояние, острый гастрит и др. У 8 больных врачами скорой помощи был установлен правильный диагноз кетонемической прекомы и комы, и на дому, до госпитализации, им вводили инсулин под кожу, а некоторым внутривенно в дозе от 40 до 80 ед. По общепринятому положению, инсулинотерапия при кетонемической коме должна начинаться только в стационаре после установления диагноза.

Условием повышения качества неотложной помощи больным сахарным диабетом и устранения врачебных ошибок являются систематическое повышение знаний врачей скорой помощи, закрепление врачебных кадров и уменьшение их текучести на станции скорой помощи. Проведение с врачами скорой помощи семинаров и конференций по диабетологии, совместные с эндокринологами анализы случаев диагностических и лечебных ошибок принесли несомненную пользу. За последнее время отмечается уменьшение числа диагностических и лечебных ошибок, допущенных врачами службы скорой помощи при оказании экстренной помощи больным сахарным диабетом. Кроме того, назрело изучение вопроса о создании в больших городах с населением 1 млн. и более специализированных диабетологических бригад на станциях скорой помощи или же оказание экстренной помощи больным с диабетическими комами следует закрепить за специализированными бригадами скорой помощи (например, за терминальной). Создание специализированных бригад скорой помощи будет способствовать значительному улучшению и повышению качества оказания скорой и неотложной помощи [2].

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов В. Г. Руководство по клинической эндокринологии. Л., Медицина, 1977.—2. Савинцева К. И. В кн.: Экстренная медицинская помощь на догоспитальном этапе (материалы конференции), Казань, 1972.

Поступила 10 октября 1984 г.

УДК 615.835.3:616.36:616.379—008.64

## ВЛИЯНИЕ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ НА ФУНКЦИЮ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Т. А. Малькова

*Кафедра эндокринологии (зав.— проф. Н. И. Вербовая) Куйбышевского медицинского института имени Д. И. Ульянова*

При сахарном диабете происходят расстройства в метаболизме, ведущие к развитию диабетических ангиопатий [1, 3, 5]. Возникновение последних сопровождается нарушением в системе микроциркуляции [9], ухудшается диффузия кислорода из капилляров в ткани, появляется тканевая гипоксия [2, 4, 10, 11], которая еще более ухудшает течение обменных процессов. Особенно чувствительны к не-