

13. Ландышева И. В. Хроническое легочное сердце. Благовещенск, 1980.—14. Марусенко А. В. и др. Врач. дело, 1977, 12.—15. Мельник В. П. Давление в легочной артерии и электромеханическая активность миокарда у больных туберкулезом и неспецифическими заболеваниями легких. Автореф. канд. дисс., Киев, 1981.—16. Мельник В. П., Коваленко Н. Н. Врач. дело, 1978, 7.—17. Монастырский Ю. И., Микунис Р. И. Там же, 1981, 4.—18. Орлов В. Н. Кардиология, 1976, 10.—19. Смирнов А. Д. Опыт разработки и применения электронных медицинских приборов для диагностики врожденных и приобретенных пороков сердца. Автореф. докт. дисс., Л., 1966.—20. Углов Ф. Г. и др. Катетеризация сердца и селективная ангиокардиография. Л., Медицина, 1974.—21. Федосеев Г. Б. и др. В кн.: Легочные артериальные гипертензии. Москва—Фрунзе, 1982. 22. Хомазюк И. Н., Рушкевич И. Г. Врач. дело, 1982, 4.—23. Bergard R. Bull. WHO, 1974, 49.—24. Boyd M. J. et. all. Rev. Franc. Mal. Resp., 1980, 8, 1.—25. Burstin L. a) *Memorias IV Congreso Mundial de Cardiol., Mexico, 1962, 1B;* b) *Brit. Heart J., 1967, 29, 3.*—26. Hattle L. a. o. *Ibid., 1981, 45, 2.*—27. Julich H. u. a. *Z. Erkrank. Atm-Org., 1980, 155, 2.*—28. Matthay R. A., Berger H. J. *Med. Clin. N. Amer., 1981, 65, 3.*—29. Mills P. a. o. *Amer. J. Cardiol., 1980, 46, 2.*—30. Weitzenblum E. a. o. *Chest, 1979, 75, 6.*—31. Widimsky J. a) *Prax. Klin. Pneum., 1978, 32, 1;* b) *Vnitri Lek, 1981, 27, 6.*

Поступила 17 апреля 1984 г.

## ОБМЕН ОПЫТОМ И АННОТАЦИИ

УДК 616.379—008.64—053.2

### Л. М. Султанова, Н. В. Криницкая (Казань). Стационар одного дня для детей, больных сахарным диабетом

Лабильное течение сахарного диабета у детей требует постоянной коррекции дозы инсулина, что не всегда возможно выполнить квалифицированно в отдаленных районах республики. В условиях стационарного лечения у детей, больных сахарным диабетом, наблюдается выраженное ухудшение их самочувствия и соответственно показателей углеводного обмена к концу 3-й и началу 4-й недели пребывания в стационаре. Необходимость детального клинического обследования 2—3 раза в год с осуществлением плановой госпитализации не всегда согласуется с возможностями родителей, а у школьников, больных сахарным диабетом, приводит к значительному отставанию от школьной программы. Поэтому при 2-ом соматическом отделении Детской республиканской клинической больницы, в котором 20 коек из 50 являются эндокринологическими, был организован стационар одного дня для больных сахарным диабетом. Его назначение заключается в следующем: выписка больных производится не позднее 21—24-го дня в стадии компенсации или субкомпенсации. Через 10, 20, 30 и 90 дней дети приглашаются на однодневную госпитализацию для исследования глюкозурического и гликемического профилей. На 90-й день, кроме того, проводится дополнительное исследование функции печени.

Подобная практика, осуществляемая нами с января 1984 г., показала следующие преимущества: улучшился эмоциональный статус детей; четырехкратный контроль в течение 3 мес после выписки позволяет врачу убедиться в правильности подобранной дозы инсулина, диеты, режима питания и физической нагрузки. В большинстве случаев исключается неоправданное и нецелесообразное увеличение дозы инсулина на 1 кг массы тела; сокращается срок пребывания в стационаре: за 6 мес 1984 г. он составил 27,6 дня при 42,3 в 1981 г., 36,6 — в 1982 г., 31,5 — в 1983 г. (исключая стационар одного дня).

За 1984 г. в стационаре одного дня находилось 26 детей: за время динамического наблюдения по показателям в дни контрольной госпитализации у 18 детей доза инсулина осталась прежней, у 4 — снижена в среднем на 6—8 ед. и только у 2 — увеличена.

Организация госпитализации для контрольных исследований с одобрением встречена родителями больных, а также самими больными детьми.

УДК 616.13—002—02:616.379—008.64—08

### Т. В. Булатова, М. В. Талантова (Казань). Сахарный диабет как следствие системного васкулита

В доступной литературе мы не обнаружили описания повреждений поджелудочной железы при других системных заболеваниях, хотя некоторые авторы указывают на

сочетание аутоиммунных процессов и сахарного диабета без расшифровки морфологических изменений в поджелудочной железе.

Представляет интерес клиническое наблюдение сочетания болезни Бюргера и сахарного диабета.

З., 39 лет, поступил в эндокринологическое отделение 7/II 1984 г. с жалобами на чувство утомляемости, боли в нижних конечностях, головные боли, ухудшение памяти, слабость в правой руке, прогрессирующее похудание.

Считает себя больным с 1968 г., то есть с 23 лет, когда стало беспокоить чувство онемения в нижних конечностях. В 1976 г. перенес инфаркт миокарда, в 1979 г. заболел сахарным диабетом, по поводу которого принимал таблетированные сахаропонижающие препараты. В 1983 г. появились боли в ногах при ходьбе, тогда же было выявлено отсутствие пульсации на артериях стопы, что расценивалось как осложнение диабета. 20/I 1984 г. больной перенес нарушение мозгового кровообращения — ишемический инсульт, в остром периоде которого гликемия натощак составляла 4,9—5,5 ммоль/л. С 1/II по мере разрешения мозгового процесса началась декомпенсация сахарного диабета. Гликемия натощак повысилась до 10,2—12,1 ммоль/л. Эпизоды гипергликемии наблюдались у больного и до острого нарушения мозгового кровообращения. С целью компенсации сахарного диабета средней тяжести больной был переведен в эндокринологическое отделение.

Объективно: состояние удовлетворительное, масса тела снижена, бледность кожных покровов, в легких — дыхание везикулярное, тоны сердца приглушены, частота пульса — 82 уд. в 1 мин, АД — 14,7/9,3 кПа. Пульс на артериях бедра и области подколенных артерий сохранен, на артериях стоп не определяется. Имеется нарушение трофики, особенно на подошвенной поверхности. Симптомы ишемии — положительные.

Анализ крови: л. —  $6,65 \cdot 10^9$  в 1 л; СОЭ — 2 мм/ч. Уровень глюкозы крови натощак — 10,8 ммоль/л, сахара мочи — 40 г/сут. Содержание фибриногена — 6,3 г/л, протромбиновый индекс — 115%, уровень сиаловых кислот — 280 ед. опт. пл., время свертывания крови — 2 мин 50 с.

На ЭКГ — признаки постинфарктного миокардносклероза.

Проведенные анамnestические, клинические и лабораторные исследования позволили предположить у больного генерализованное поражение сосудов с постепенным вовлечением в патологический процесс коронарных, церебральных сосудов и сосудов нижних конечностей. Данная клиническая картина наблюдается при прогрессирующем течении облитерирующего тромбангита, а развитие в 1979 г. с последующей декомпенсацией сахарного диабета указывает на панкреатическую несостоятельность. Очевидно, сосудистая катастрофа в какой-то мере затронула и васкуляризацию инсультного аппарата.

Больному был поставлен клинический диагноз: облитерирующий тромбангит, хроническая ишемическая болезнь сердца, постинфарктный кардиосклероз, хроническая недостаточность мозгового кровообращения, состоящая после перенесенного ишемического инсульта, сахарный диабет средней тяжести, инсулинозависимая форма, стадия декомпенсации. Диабетическая ангиопатия. Макромикроангиопатия нижних конечностей смешанного генеза (сахарный диабет в сочетании с тромбангитом).

В стационаре больному было назначено патогенетическое лечение: антикоагулянты (гепарин — 10 000 ед.), фибринолизин внутривенно капельно в течение 2 дней с последующим переходом на фенилин, курсовое применение аспирина в течение 2 недель и ангиопротекторов (трентал, продектин, пармидин); нестероидные противовоспалительные препараты (вольтарен). Больной продолжал получать ангиангинальные препараты и средства, улучшающие мозговое кровообращение. На фоне инсулинотерапии наступила компенсация диабета до нормогликемии (глюкоза натощак — 5,1 ммоль/л). В течение суток глюкоза крови не превышала 8,2 ммоль/л.

В результате применения антикоагулянтов, ангиопротекторов и иммунодепрессивных препаратов содержание сиаловых кислот снизилось до 200 ед. опт. пл., фибриногена до 3,1 г/л, протромбиновый индекс до 65—70%. Прогрессирование трофических нарушений нижних конечностей было остановлено.

Больному рекомендовано применение дезагрегационных и противовоспалительных препаратов на длительный срок для профилактики усугубления облитерирующего тромбангита и сахарного диабета. Достижение компенсации диабета на инсулине убеждает нас в инсулинозависимом характере диабета, явившимся следствием системного заболевания с нарушением выработки инсулина.

Данный случай подтверждает, что у больных с системными заболеваниями необходимо проводить обследование на скрытый или явный диабет, а у больных сахарным диабетом тщательно искать причину этого патогенетически сложного обменно-сосудистого заболевания.

УДК 616—001.5—031.14—06:616—002.154—084

## И. Н. Сеюков (Бугульма, ТАССР). Профилактика гнойных осложнений политравмы

Лечение политравм и борьба с их осложнениями остаются актуальными, что объясняется увеличением числа политравм, трудностью диагностики, высокой летальностью пострадавших.