

Жалобы	Внешний вид языка	Название	Причины
--------	-------------------	----------	---------

речи и отвращение к еде

<p>24. Сухость во рту, ощущение жжения языка. Паресезии, боли от приема горячей, грубой и острой пищи</p>	<p>Язык отечный, покрыт пятнами белого рыхлого налета. По краям языка локализуются депапиллированные островки, которые в последующем эрозируются</p>	<p>Бластомикотический глоссит</p>	<p>Постантибиотический дисбактериоз, отягощенный присоединившимся кандидамикозом</p>
---	--	-----------------------------------	--

<p>25. Сухость во рту, потеря аппетита, невозможность приема как горячей, так и холодной пищи. Постоянная жажда</p>	<p>Язык значительно уменьшен в размерах. Вначале он покрыт корочками сухого налета, затем быстро атрофируются нитевидные и грибковидные сосочки. Поверхность языка становится сухой, атрофичной, появляются кровоточащие трещины. Цвет языка приобретает цианотично-мясной оттенок</p>	<p>Атрофический глоссит кардиоваскулярного большого</p>	<p>Дыхание через рот у больных, страдающих тяжелыми заболеваниями сердца с недостаточностью II—III ст. Состояние после перенесенного мозгового инсульта в фазе глубокой церебральной комы</p>
---	--	---	---

<p>26. Боли в языке, жжение во рту; отечность, ощущение распирания. Невозможность глотания и приема пищи. Тошнота, рвота; отхождение кровянистой слюны</p>	<p>Язык отечный, покрыт толстым слоем плотного налета, после отхождения которого остаются кровоточащие язвы и трещины. Некротические зоны на языке, мягком небе, в глотке. Отечность слизистой рта и зева. Затрудненное, стридорозное дыхание</p>	<p>Некротический глоссит</p>	<p>Отравление кислотами, щелочами и другими коррозивными веществами. Термические повреждения (ожог кипящей водой, кипящим маслом, обморожение)</p>
--	---	------------------------------	--

Поступила 21.05.85.

УДК 616.379—008.64—08—039.71

## ВЫЯВЛЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В САНАТОРИЯХ И ПРОФИЛАКТОРИЯХ

*В. В. Талантов*

*Кафедра эндокринологии (зав.— проф. В. В. Талантов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова*

Актуальность вопросов курортологии определяется постановлением ЦК КПСС, Совета Министров СССР и ВЦСПС «О мерах по дальнейшему улучшению санаторно-курортного лечения и отдыха трудящихся и развитию сети здравниц профсоюзов». Высокая истинная распространенность сахарного диабета (до 2,5—4%) диктует необходимость привлечения медицинской службы санаториев и профилакториев к решению главных задач практической диабетологии — к выявлению больных сахарным диабетом в начальных стадиях заболевания, организации правильного лечения и реабилитации больных, профилактике сахарного диабета.

Значение обнаружения начальных стадий определяется тем, что в этот период заболевание легче поддается полной компенсации, в ряде случаев возможны его регрессия и даже ремиссия. Так, при правильном лечении диабета, то есть полной компенсации обменных нарушений по показателям углеводного обмена, регрессия до ремиссии заболевания достигается у 20% лиц с впервые диагностированным явным диабетом легкой степени и у 52,5% — в латентной стадии. Однако выявленная распространенность сахарного диабета колеблется, как правило, около 1%, то есть в 2,5—4 раза ниже истинной; значительная часть больных попадает под наблюдение врача в поздних стадиях заболевания. В идеальном варианте больной, направляемый в санаторий или профилакторий, должен пройти обследование на диабет по месту постоянного врачебного наблюдения. Данные результатов исследования следует внести в санаторно-курортную карту, хотя определенного положения по этому вопросу нет. С целью распознавания диабета целесообразно провести наблюдение за больным во время его пребывания в санатории и профилактории. Практика показывает, что значительный процент больных с начальными стадиями сахарного диабета выявляется в тех санаториях, в которых руководство и коллективы хорошо ориентированы

в диabetологии. Обследованию подлежат в первую очередь лица с преддиабетом, из группы риска и затем весь контингент, находящийся под наблюдением.

Пути диагностики сахарного диабета — клинический и лабораторный. Клинический путь позволяет лишь заподозрить манифестный диабет при обнаружении у больных эквивалентов декомпенсации обмена веществ (жажда, полиурия, слабость, похудание) или по эквивалентам осложненного сахарного диабета (зуд, экземы, гнойные поражения кожи, плохое заживление ран, сосудистые заболевания нижних конечностей, глазного дна, почек, катаракта и др.). Диагноз подтверждается данными лабораторных анализов глюкозы в моче и крови. Исследуется суточная моча после завтрака, усиленного легкоусвояемыми углеводами (50 г сахара). Доступным и информативным методом определения содержания глюкозы в моче является применение индикаторной бумаги «глюкотест». При обнаружении глюкозурии исключаются псевдоглюкозурия, алиментарная и ренальная глюкозурия.

Псевдоглюкозурия диагностируется в случае положительной реакции на сахар при содержании в моче веществ, обладающих восстановительными свойствами, — мочевой кислоты, креатинина, глюкуроновой кислоты, салолы, камфоры, морфина, салицилатов, пенициллина и др. Алиментарная глюкозурия может быть установлена у здоровых при одномоментном употреблении большого количества пищевого сахара или меда (до 160 г и более в сутки). При ренальной глюкозурии (почечный диабет, нормогликемическая глюкозурия) наблюдается нарушение реабсорбции глюкозы в почечных канальцах (наследственные ферментативные нарушения или болезнь почечных канальцев) со снижением почечного порога для глюкозы.

При исследовании глюкозы крови натощак латентная стадия заболевания не всегда выявляется. Наиболее достоверным критерием оказывается повышение уровня глюкозы крови через 2 ч после нагрузки при проведении пробы на толерантность к глюкозе (ПТГ). Поэтому при ограниченных возможностях биохимической лаборатории целесообразно применять упрощенный вариант ПТГ, то есть определять содержание глюкозы крови только через 2 ч после нагрузки, что позволяет в 5 раз увеличить число обследуемых. При подозрении на сахарный диабет следует провести полную ПТГ или направить пациента на обследование в поликлинику к эндокринологу. В санаторной книжке или другом документе надо обязательно указать, какой метод исследования был применен, какая кровь исследовалась (капиллярная или венозная); если венозная, то цельная кровь или плазма. Уровень истинной глюкозы крови, определенный методами ортотолуидиновым, Самодж—Нельсона, глюкооксидазным, примерно на 10% ниже, чем сумма всех сахаров, найденная по Хагедорну—Йенсену. Содержание глюкозы ниже на 7% в венозной крови, чем в капиллярной, и на 15% в цельной, чем в плазме. Нормы обычно приводятся для цельной капиллярной крови. При ограниченных возможностях лаборатории для проведения ПТГ отбираются в первую очередь лица из группы высокого риска: имеющие больных диабетом родственников, больные ожирением, атеросклерозом сосудов и женщины, родившие в прошлом крупных (более 4,5 кг массы тела) детей.

Вопросы лечения больных сахарным диабетом в санаториях и профилакториях включают: 1) проблему показаний и противопоказаний для направления больных; 2) обеспечение условий для лабораторного контроля за состоянием компенсации; 3) осознание больным значения полной компенсации и своей роли в ее реализации, получения сведений об условиях и путях ее достижения; 4) создание условий режима, диеты, медикаментозной терапии и других видов лечения диабета и его осложнений; 5) подбор доз медикаментов и других лечебных средств. К сожалению, мнения о показаниях и противопоказаниях к направлению больных сахарным диабетом в санатории и профилактории разноречивы. Общим противопоказанием являются острые и тяжелые осложнения сахарного диабета, требующие стационарного лечения и специализированной медицинской помощи; выраженная декомпенсация обменных процессов, склонность к ацидозу, лабильное течение, частые гипогликемии. В местные санатории и профилактории возможно направление больных с неполной компенсацией диабета, без ацидоза, в том числе и при тяжелой степени. Приходится удивляться, когда страдающему диабетом тяжелой степени, но сохраняющему работоспособность отказывают в санаторном лечении. Такое отношение к больному противоречит нормам деонтологии. Поскольку лечение диабета несколько специфично, среди местных санаториев желательнее определить ведущий, специализирующий по диабету, возможно, по другим эндокринным заболеваниям. Среди профилакториев разных заводов также целесообразно специализировать один из них для больных сахарным диабетом.

Во время индивидуальной или коллективной беседы врач должен проинформировать больного: дать сведения о значении компенсации обменных нарушений, путях ее достижения, самоконтроле, роли физического, диетического, эмоционального режимов. Оправданы прослушивания магнитофонных записей бесед, выпуск санбюллетеней, ознакомление со специальной литературой. Больного обучают методу самоконтроля с помощью «глюкотеста» за показателями компенсации по глюкозурии. В совместном обсуждении показателей и при анализе режима дня вырабатывают навыки коррекции режима и лечебных мер.

Задачи лечения диабета в условиях санатория и профилактория соответствуют общепринятым нормам достижения максимально возможной компенсации. Пребывание в санатории, профилактории — лишь этап многолетнего лечения больного диабетом,

поэтому терапия должна строиться по годовому плану с учетом преемственности в ее осуществлении. Поскольку пребывание в санатории, связанное со снятием трудовой нагрузки, эмоционального напряжения, изменением режима физической нагрузки и соблюдением строгой диеты, может изменить потребность в инсулине или других противодиабетических средствах, в первые дни требуются контрольные исследования и коррекция противодиабетических средств.

Комплексное лечение включает диету- и медикаментозную терапию, физический режим, ЛФК, физио- и бальнеотерапию. Больной должен получать те противодиабетические средства, которые были им использованы ранее, с изменением лишь дозировки препарата. Включение новых медикаментов возможно лишь при гарантии их наличия в месте постоянного наблюдения за больным или по абсолютным показаниям.

Лечение хронических осложнений является частью плановой годичной терапии и должно строиться с учетом данных санаторно-курортной карты, в которой лечащий врач обязан указывать виды проводимого в течение года лечения. Целесообразно планировать на период пребывания в санатории, профилактории применение медикаментов, требующих обязательного инъекционного введения (кокарбоксилаза или АТФ, алоэ, эуфиллин, никотиновая кислота, трентал) и др., так как в условиях амбулаторного лечения для проведения инъекционной терапии необходимы значительные затраты времени. Показано лечение ангиопатий различной локализации, нейропатий и других осложнений, а также сопутствующих заболеваний. Особое место в лечении в санаториях и профилакториях следует отводить физиотерапии осложнений и сопутствующих диабету заболеваний. Эти виды лечения также должны осуществляться по годовому плану с учетом более эффективного их применения в санатории и профилактории. Мышечная работа служит существенным фактором утилизации глюкозы, а значит элементом лечения сахарного диабета, тем более сопутствующего ожирения. К сожалению, в индивидуальном режиме больного сахарным диабетом значение мышечной работы и физического режима недооценивается, что ведет к недоиспользованию резервов, а при нестабильном физическом режиме — к неотрегулированному лабильному течению заболевания. Обязательным условием лечения больных сахарным диабетом, особенно получающих противодиабетическую медикаментозную терапию, является стабильность физического режима на каждый день. Рациональная дозированная физическая нагрузка в санатории включает прогулки, гимнастику, спортивные занятия, ЛФК и должна строиться с учетом образа жизни и возможностей послесанаторного периода. С целью похудания она дополняется по показаниям щадящим, тонизирующим, тренирующим режимами. При определении характера и объема физической нагрузки ЛФК принимаются во внимание привычки, возраст, осложнения; функциональное состояние систем, в первую очередь сердечно-сосудистой; наличие ожирения, степень компенсации обменных нарушений, а также реакция больного на физический режим. Проводятся утренние и лечебная гимнастика, прогулки, терренкуры, спортивные упражнения и спортивные игры, трудотерапия. Важно выработать навыки физической культуры и внушить больному необходимость пожизненного соблюдения принципов физической активности и стабильного режима.

В общий план лечения входит коррекция психоэмоционального состояния больного с применением всех известных мер, воспитание принципов и приемов психогигиены. При планировании лечения в санатории и тем более в профилактории необходимо учитывать возможности больного и исключать как суммарную перегрузку всех лечебных мероприятий, так и перегрузку в отдельные часы, не удобные для больного.

Профилактика сахарного диабета в санаториях и профилакториях заключается в пропаганде знаний по этому вопросу, воспитании навыков и здоровых привычек, организации рационального режима физической активности и диеты. Достижение эффекта похудания лиц с избыточной массой тела, лечение заболеваний, предрасполагающих к диабету, а также исключение факторов вторичного диабета — конкретные пути профилактики диабета.

Поступила 20.06.85

## В ПОМОЩЬ ПРЕПОДАВАТЕЛЮ И СТУДЕНТУ

УДК 614.253

### ТРАНСФОРМАЦИЯ НРАВСТВЕННО-ЭТИЧЕСКИХ ПОНЯТИЙ МЕДИЦИНЫ В ЭПОХУ НАУЧНО-ТЕХНИЧЕСКОЙ РЕВОЛЮЦИИ

А. П. Федяев

*Кафедра марксистско-ленинской философии (зав. — проф. Р. Г. Балтанов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова*

При социализме врачебная этика по своему содержанию качественно иная, чем в капиталистическом обществе, поскольку в ее основе лежат нормы и принципы не буржуазной, а коммунистической морали. Наряду с этим на область морально-нравственных отношений в медицине определенное влияние оказывает научно-техническая