

О.Л. Федорук, О.М. Стадник

КОМПЛЕКСНА ІНТЕНСИВНА ТЕРАПІЯ ДІАБЕТИЧНОЇ КЕТОАЦИДОТИЧНОЇ КОМИ

Черкаси, Україна

Цукровий діабет відноситься до числа найбільш розповсюджених захворювань ендокринної системи. Декомпенсація даного захворювання може проявитися кетоацидотичною, гіперосмолярною, лактацидемічною та гіпоглікемічною комами. Найбільш часто зустрічається кетоацидотична кома. Смертність при даній патології досягає 4%.

В основі патогенезу діабетичного кетоацидозу є зростаюча інсулінова недостатність. Внаслідок дефіциту інсуліну порушується утилізація глюкози тканинами, гіперпродукція основного його антагоніста – глюкагону.

Також у розвитку кетоацидозу значну роль грає гіпоксія, пов'язана з порушеннями транспорту кисню із-за підвищеної його спорідненості до гліколізованого гемоглобіну (Hb Alc).

Тому корекція електролітного та киснево – лужного стану (КЛС) крові є основною інтенсивної терапії пацієнтів з діабетичною кетоацидотичною комою.

Мета роботи – вивчення окислювально – детоксикаційного ефекту озонотерапії у комплексному лікуванні пацієнтів з діабетичною кетоацидотичною комою.

Обстежено 38 пацієнтів, які поступили до відділення інтенсивної терапії з діабетичною кетоацидотичною комою. У всіх пацієнтів був діагностований тяжкий перебіг метаболічного ацидозу (рН < 7,10). Хворі були розподілені на дві групи: за віком, статтю, масою тіла.

Інтенсивна терапія пацієнтів в обох групах проводилась за стандартною методикою: регідратація клітин та внутрішньоклітинного простору (фізіологічним розчином у перший час внутрішньовенно 1 л, потім по 0,5 л протягом 2-4 год.) оксигенотерапія (SatO₂ >90%). Терапія простим інсуліном (внутрішньовенна інфузія малих доз інсуліна із швидкістю 6-10 ОД/год.) нормалізація основних показників КЛС та рівня електролітів. Попередження гіпоглікемії при рівні глюкози 11,1-13,9 ммоль/л, перехід на інфузію 5% розчину глюкози з інсуліном. Корекція гемодінамики. Лікування інфекційних та запальних хвороб. Симптоматична терапія.

У другій групі інтенсивна терапія була розширена за рахунок озонотерапії. Цим пацієнтам проводили внутрішньовене введення озонованого фізіологічного розчину у середніх дозах. Озонотерапію проводили за допомогою апарату "Медозонсу БМ", концентрація озону у газованій суміші становила 0,5 мг/л., барторування 10-15 хв. Інфузію проводили двічі на добу протягом 4-6 днів.

Тяжкість стану пацієнтів оцінювали за шкалою APACHE II. Вивчили показники киснево-лужного та

газового стану крові, концентрацію Hb Alc.

Як показало дослідження, при поступленні у хворих обох груп був діагностований тяжкий декомпенсований метаболічний ацидоз з тканинною гіпоксією. Застосування в комплексному лікуванні озонотерапії уже через 6 годин дозволило досягти кращих результатів в порівнянні з контрольною групою. А вже через добу показники кислотно – лужного та газового складу крові в дослідній групі досягли норми. В контрольній групі ці показники стабілізувалися повільніше.

Таким чином, озонотерапія сприяє окисленню кетонових тіл, усуває енергетичне голодування організму, підвищує антиоксидантну активність. Застосування у комплексній терапії діабетичної кетоацидотичної коми внутрішньовенної інфузії озонованого фізіологічного розчину корегує метаболічний ацидоз та покращує оксигенацію тканин.

Матеріал опублікован в журналі «Український журнал екстремальної медицини імені Г.О. Можасва».- 2005,Т. 3, №3. - С. 96-98.

Copyright © "Клиническая эфферентология", 2004
Все права сохранены



При поддержке
ООО "Н-
МЕДИКОМ",
г.Донецк