

тировка больных в кетоацидотической коме чрезвычайно опасна из-за дислокации и вклинения ствола в затылочное отверстие отечного мозга с последующими стволовыми расстройствами и гибелью больных.

При аутопсии у большинства больных определяется классическая картина отека мозга с грубой странгуляционной бороздой на уровне ствола.

Таким образом, пути улучшения оказания помощи больным с неотложными состояниями при сахарном диабете видятся в оптимальной организации лечебного процесса, госпитализации их в эндокринологический центр. При начале лечения кетоацидозов и кетоацидотических ком в условиях общесоматических стационаров целесообразен вызов консультанта центра "на себя" для решения вопросов тактики ведения, лечения и возможности транспортировки в специализированное реанимационное отделение.

#### ЭЛЕКТРОРЕГИНГ КОНТРИКАЛА И ГЕПАРИНОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА

Е.Г. Яковлева

Сахарный диабет (СД) — одна из ведущих проблем внутренней медицины. Распространенность СД — от I до 3% в различных странах мира. В настоящее время по медико-социальной значимости он занимает место непосредственно после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. Сахарный диабет II типа занимает 80-90% в структуре общей заболеваемости сахарным диабетом, при этом его удельный вес увеличивается с возрастом, достигая максимума к 60-70 годам.

Лечение СД в первую очередь направлено на компенсацию нарушений углеводного обмена. Кроме диетотерапии при СД II типа широко применяются производные сульфонилмочевины. Часть больных трудно поддается лечению этими препаратами. Для полной компенсации таким пациентам показано дополнительное назначение небольших доз инсулина в часы наибольшей гликемии. Этим больным относят к "инсулинопотребному подтипу" СД II типа. У них выявлено снижение резервной функции  $\beta$ -клеток островкового аппарата поджелудочной железы, что проявляется субнормальным повышением концентрации С-пептида в крови после нагрузки аргинином или глюкозой при нормальном базальном уровне инсулина и С-пептида в крови (Балаболкин М.И., 1986).

Известно, что при сахарном диабете имеется дефицит эндогенного гепарина и что СД часто сопровождается гиперкоагуляцией крови (Жулевич В.А., 1973 и др.). Для проявления полноценного гипогликемичес-

кого ответа на инсулин необходима достаточная концентрация гепарина в крови. Есть основания полагать, что гепарин обязателен для взаимодействия инсулина с рецепторами клеток-мишеней (Ульянов А.М. с соавт., 1989). При длительном лечении больных СД гепарином в малых дозах отмечена тенденция к восстановлению функции противосвертывающей системы, увеличению резистентности организма к развитию гиперкоагуляции крови; у всех больных течение СД стабилизировалось (отсутствие декомпенсации, незначительное снижение дозы инсулина у отдельных пациентов, а также отмечена тенденция к незначительному увеличению концентрации С-пептида (Балаболкин М.И., 1990).

При лечении больных хроническим панкреатитом было замечено, что электродрегинг контрикала вызывал позитивные сдвиги в уровне инсулина крови. Исследование базального иммунореактивного инсулина у 10 чел. выявило повышение концентрации ИРИ с  $5,8 \pm 1,72$  мк МЕ/мл в группе до лечения до  $20,25 \pm 5,72$  мк МЕ/мл по окончании курса лечения (Постникова Т.Н., 1984). На участие панкреатических ферментов в регуляции функции  $\beta$ -клеток поджелудочной железы и тесную экзокринно-эндокринную взаимосвязь указывают многие авторы. Имеется сообщение об увеличении содержания инсулина в плазме и в ткани поджелудочной железы после перорального приема небольших доз ингибитора трипсина в условиях эксперимента (Ihse *et al.*, 1976). Вызывает интерес экспериментальные данные, указывающие, что в ответ на воздействие электрического тока на однослойную культуру клеток островков Лангерганса в них возникают пиковые потенциалы действия, которые свидетельствуют об электровозбудимости клеток и, по-видимому, о возможности их в ответ генерировать кальциевый потенциал (Masa *tsuki et al.*, 1982). Поэтому при электрофорезе контрикала может иметь место сочетанное и содружественное воздействие ингибитора протеиназы и электрического тока.

На базе Госпиталя для инвалидов войн г.Екатеринбурга проводится лечение больных с сахарным диабетом II типа. На настоящий момент пролечено четверо больных (одна женщина и трое мужчин) с использованием дополнительно к базисной гипогликемизирующей терапии гепаринотерапии и электродрегинга контрикала. Все пациенты страдали СД более 12 лет, средний возраст их 70 лет, на комбинированной терапии пролонгированным инсулином типа Ленте и препаратом сульфонилмочевины типа манинила находятся от 1 года до 4 лет. Суммарная суточная доза инсулина - от 24 до 32 ед. (в среднем 27,5 ед.). У всех больных сопутствующим заболеванием является хронический панкреатит. Все пациенты по сахарному диабету компенсированы или близки к компенсации. Двум больным

был проведен курс лечения гепарином по 5 000 ед х 2 раза в день подкожно в течение 7 дней. Двум другим пациентам дополнительно к гепарину проведен курс электродрегинга контрикала по 5 000 ед ежедневно, 6 сеансов. До и после лечения проведено исследование гликемического профиля, коагулограммы, ЭКГ.

Результаты лечения показали, что после гепаринотерапии нормализовались показатели коагулограммы (у всех больных до лечения имелась наклонность к гиперкоагуляции), течение СД стабилизировалось, у одного из пациентов была уменьшена доза инсулина на 2 ед/сут. У пациентов, получающих дополнительно электродрегинг контрикала, кроме того значительно улучшилось общее состояние, а доза инсулина была снижена на 3-4 ед.

#### В ы в о д ы

1. Применение гепаринотерапии в небольших дозах благоприятно сказывается на состоянии системы свертывания крови при СД.
2. Гепаринотерапия стабилизирует течение и улучшает компенсации СД II типа с инсулинопотребностью.
3. Сочетание гепаринотерапии и электродрегинга контрикала более эффективно для компенсации сахарного диабета, чем одна гепаринотерапия. Сочетание этих методов можно рекомендовать для лечения больных СД II типа с инсулинопотребностью дополнительно к базисной терапии. В дальнейшем нами планируется отработать оптимальные дозы и сроки лечения гепарином и контрикалом.

#### ГОРМОНАЛЬНОНЕАКТИВНЫЕ ОПУХОЛИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ

М.Н. Димова, В.М. Васьков

Появившиеся в мире в последние десятилетия неинвазивные методы визуализации надпочечников (УЗИ, КТ, МРТ) во многом способствуют своевременной диагностике опухолей этого органа и углублению наших представлений об их клиническом течении.

Так, если раньше прижизненно в основном диагностировались гормональноактивные опухоли коры и мозгового вещества надпочечников, то сейчас нередко выявляются и гормональнонеактивные опухоли коры надпочечников.

Наиболее часто по классификации ВОЗ (1990) встречается аденома коры (светлоклеточная, темноклеточная, смешанная), кисты. Реже выявляется гормональнонеактивный рак коры.