

Секція підводного спорту, яка була створена наприкінці 60-х років, впродовж більш як двох десятиріч років під керівництвом доцента Ларіна В.В. і полковника м/с Усаткіна І.А. вела плідний пошук бойових кораблів Чорноморського флоту і Дунайської флотилії, які затонули при обороні міст Одеси, Ізмаїлу, Очакова.

У результаті планомірних і цілеспрямованих пошуків група студентів-медиків біля берегів Тендри підняла з дна моря більше ста різних предметів, які належали екіпажу затонулого монітора "Ударный" і мінзагу "Колхозник". Це судові журнали, списки особового складу кораблів, предмети одягу, фотографії, корабельну зброю та інші предмети, які передані до музеїв міст-героїв Одеси і Севастополя, а також музею медичного університету. Ці реліквії допомогли студентам розшукати членів екіпажів цих кораблів, які залишилися в живих, організувати зустріч з ними в с. Покровка на Кінбурзькій косі в день відкриття пам'ятника морякам монітора "Ударный" і мінзагу "Колхозник" 9 травня 1972 року. Ці зустрічі стали традиційними і кожний рік 9 Травня, в День перемоги, вони проводяться біля цього пам'ятника, спорудженого студентським загоном Одеського медичного й інженерно-будівельного інститутів. У цих заходах брав участь нинішній ректор університету Запорожан В.М. Очолює загальне керівництво шлюпочних походів і походів по місцях бойової слави Чорноморського флоту завідувач кафедри, професор, полковник м/с запасу В.В. Кононенко.

Таким чином, військово-патріотична робота на кафедрі спрямована на те, щоб із стін нашого університету виходили фахівці духовно збагачені, фізично загартовані, готові до захисту своєї Вітчизни.

Література. 1. *Чередишченко А.П.* Равнение на подвиг. – Одесса: Маяк, 1995. 2. *Некрасов В.И.* Военно-патриотическое воспитание. – Одесса: Маяк, 1996. 3. *Фомин Н.Ф.* Очерки истории кафедры экстремальной и военной медицины в Одесском государственном медицинском университете. – Одесса, 1997.

MILITARY-PATRIOTIC TRAINING OF STUDENTS AS AN IMPORTANT TREND OF ACTIVITY AT THE DEPARTMENT OF EXTREME AND MILITARY MEDICINE

V.V.Kononenko, V.S.Basiuk, Yu.M.Trofimov

Abstract. The general trends of military-patriotic work at the Department of Extreme and Military Medicine of OSMU are: the participation in a para-military relay race, visiting the Museum of SOC, boat racing, campaign around the places of battle glory of the Black Sea Navy, meetings with G.P.W. veterans and patronage of them. This kind of activity enriches our future specialists spiritually, tempers, infuses with love for their Motherland and its Armed Forces.

Key words: military-patriotic training, defensive-sporting measures.

State Medical University (Odessa)

Надійшла до редакції 5.04.2001 року

УДК 616.379-008.64:616.8-009.831

П.М.Ляшук

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ НЕВІДКЛАДНИХ ДІАБЕТИЧНИХ СТАНІВ

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології (зав. – проф. І.Й.Сидорчук)
Буковинської державної медичної академії

Резюме. Особливістю сучасних діабетичних ком є поєднання різних синдромів у динаміці: кетоацидозу, гіперосмолярності та лактацидозу. Дискутується необхідність виділення діабетичної мозкової коми.

Ключові слова: кетоацидоз, гіперосмолярність, лактацидоз, мозкова кома.

Ріст захворюваності на цукровий діабет (ЦД), сучасні особливості його перебігу, в тому числі безсимптомна гіперглікемія при 2-му типі ЦД, економічні негаразди, а також низький рівень знань цієї проблеми лікарями загального профілю визначили в останні роки збільшення випадків кетоацидозу та коматозних станів. З часів Куссмауля, який вперше ввів у медичний лексикон поняття “коми”, до наших днів цей стан залишається найбільш грізним ускладненням ЦД, летальність від якого становить 8-40%. Наслідки багато в чому залежать від своєчасного надання кваліфікованої медичної допомоги.

Терапія діабетичних ком має бути етіопатогенетичною, тому в кожному конкретному випадку важливим є виявлення причин та провокуючих факторів. Залежно від переважаючих метаболічних порушень, виділяють три основні варіанти коми: кетоацидотичну, гіперосмолярну і лактацидемичну, для останньої не характерна висока гіперглікемія. Наслідком передозування інсуліну або недостатнього прийому їжі є гіпоглікемічна кома.

Одна з важливих особливостей сучасних діабетичних ком – поєднання різних синдромів у динаміці цього стану: кетоацидозу, лактацидозу, гіперосмолярності і (при надмірній інсулінотерапії) гіпоглікемії. Дискутується необхідність виділення ще одного варіанту діабетичної коми – первинно церебральної.

При проведенні диференційного діагнозу важливо пам'ятати, що вищевказані ургентні синдроми не завжди специфічні для ЦД. Серед основних причин кетоацидозу, крім діабету, слід назвати алкоголь, голод (зокрема, неврогенна анорексія), великі дози глюкокортикоїдних препаратів. Гіперосмолярний синдром може швидко дебютувати на фоні великих доз діуретиків, глюкокортикоїдів, інфузій гіпертонічних розчинів глюкози, при проведенні хірургічної детоксикації. Лактацидоз виникає при різних варіантах гіпоксії.

У структурі хворих, які поступають в ургентному порядку, переважають пацієнти з 2-м типом ЦД літнього віку. Наявність у них поліорганної патології при неможливості детального вивчення анамнезу утруднюють трактовку причинно-наслідкових зв'язків клінічних синдромів. У цій групі хворих часто домінує абдомінальний варіант кетоацидотичної коми в результаті гнійно-запальних процесів. Зокрема, для них характерна наявність інфекції сечовивідних шляхів, яка нерідко має латентний перебіг (бактеріурія за відсутності вираженої лейкоцитурії). На амбулаторному етапі такі пацієнти довгий час залишаються без адекватної антибактеріальної терапії. Все частіше трапляється апостематозний нефрит із атиповою клінічною картиною (нормальна або субфебрильна температура, відсутність локального болювого синдрому, доброякісний сечовий осад). Лише стійкі кетоацидоз і гіперазотемія дають можливість запідозрити істину.

В останній час у хворих на ЦД 2-го типу нерідко трапляється швидкий розвиток коми, в тому числі з судомним синдромом, на фоні помірної декомпенсації. Клінічно тяжка кома може виникнути при глікемії в межах 20 ммоль/л і незначній ацетонурії. При нормалізації кислотно-лужного стану, вуглеводного та електролітного обміну, хворий не виходить з коми. Саме ця різновидність коми дає найбільший відсоток летальності в групі хворих літнього віку за наявності вираженої поліорганної патології. Так, відсутність рефлексів змушує думати про вогнищеве порушення мозкового кровообігу, яке при томографічному дослідженні візуалізується лише через кілька днів.

У цієї категорії хворих іноді трапляється гіперосмолярний синдром. Доречно нагадати, що осмолярність крові визначається вмістом у ній глюкози, калію, натрію, сечовини, білків, лактату та пірувату і складає в нормі до 320 мосм/л. Причиною гіперосмолярності, як і кетоацидозу, може бути інфаркт міокарда (нерідко безбольова форма). До розвитку гіперосмолярного синдрому можуть призвести і “пульсові” дози глюкокортикоїдів. При тяжких травмах, операціях цей синдром клінічно може проявитися швидким розвитком пролежнів. У подібних ситуаціях, а також при зневодненні внаслідок диспепсії, гіперосмолярний синдром нерідко поєднується з кетоацидозом.

Слід наголосити, що навіть висока гіперглікемія (35 ммоль/л) не завжди супроводжується високими цифрами осмолярності крові. А використання білкових і колоїдних препаратів у великих дозах часто призводить до розвитку гіперосмолярного синдрому за помірної гіперглікемії.

При 1-му типі ЦД переважає кетоацидотичний варіант коми. Основні причини: стресові стани та захворювання, при яких зростає потреба в інсуліні або він не діє; порушення в лікуванні, дебют діабету в дітей. Загострення виразкової хвороби, панкреатиту, холециститу, “кандидоендокринний” синдром також сприяють деком-

пенсації метаболічних процесів. Кетоацидоз у третини пацієнтів носить змішаний характер: діабетичний, алкогольний і голодний. У таких випадках проведення адекватної регідратації неможливе без введення білкових препаратів.

Як при 1-му, так і при 2-му типі ЦД децю частіше став траплятися церебральний варіант коми у пацієнтів молодого та середнього віку. Виражена загально мозкова симптоматика при невисокій гіперглікемії (10-16 ммоль/л) і незначному кетоацидозі, втрата свідомості впродовж кількох діб при швидкій нормалізації метаболічних показників, відсутність неврологічних симптомів при виході з коми дозволяють розцінювати такий перебіг як самостійний первинно-церебральний варіант або діабетичну мозкову кому.

ЦД значно підвищує ризик коагулопатій аж до розвитку ДВЗ-синдрому. Частота його виникнення прямо корелює зі швидкістю регідратації в перші години лікування коми. Немає стандартних порад для проведення інфузійної терапії, але в першу годину вона має бути максимальною (1 л). Швидка регідратація, інтенсивна інсулінотерапія і введення содових розчинів іноді призводять до набряку мозку. Ще одним з ятрогенних ускладнень у процесі виведення хворих з коми буває гіпокаліємія (порушення ритму серця, парез шлунково-кишкового тракту), тому необхідна корекція рівня калію крові.

Незважаючи на метаболічний кетоацидоз, до інфузії содових розчинів слід відноситись обережно. Кетоацидоз має тенденцію до самоліквідації при пригніченні жирового катаболізму інсуліном і відновленні запасів глікогену в печінці. При кетоацидозі має місце резистентність тканин до інсуліну і тому гіперглікемія знижується повільно, пізніше можливе різке падіння рівня глікемії. Така варіабельність клінічних проявів коми диктує необхідність в індивідуальному глюкометрі в чергового лікаря.

Ранню, своєчасну діагностику ЦД слід розглядати як передумову профілактики його ургентних ускладнень.

TOPICAL QUESTIONS OF URGENT DIABETIC CONDITIONS

P.M.Liashuk

Abstract. Among the peculiarities of modern diabetic comas there is a combination of various syndromes in their dynamics: ketoacidosis, hyperosmolarity and lactacidosis. The necessity to identify diabetic cerebral coma is discussed.

Key words: ketoacidosis, hyperosmolarity, lactacidosis, cerebral coma.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Надійшла до редакції 5.12.2001 року