С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті

Казахский Медицинский Университет им. С.Д. Асфендиярова

Балалар аурулары кафедрасы

СРС

ДИАБЕТИЧЕСКИЕ КОМЫ

Выполнил: Оразбақов Б.Н.
ЖМ12-022-2
Проверил: Исмаилова Д.Б.

Алматы 2016

ПЛАН

- **КЕТОАЦИДОТИЧЕСКАЯ ;**
- **ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКАЯ ;**
- **ГИПЕРОСМОЛЯРНАЯ;**
- **ЛАКТАТАЦИДОТИЧЕСКАЯ**

КЕТОАЦИДОТИЧЕСКАЯ КОМА

- ГИПЕРГЛИКЕМИЧЕСКАЯ КЕТОАЦИДОТОЧЕСКАЯ КОМА (ДИАБЕТИЧЕСКИЙ КЕТОАЦИДОЗ) ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ САХАРНОГО ДИАБЕТА И РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ РЕЗКО ВЫРАЖЕННОЙ ИНСУЛИНОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, КОТОРАЯ МОЖЕТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ НЕАДЕКВАТНОЙ ИНСУЛИНОВОЙ ТЕРАПИИ ИЛИ ПОВЫШЕНИЯ ПОТРЕБНОСТИ В ИНСУЛИНЕ (БЕРЕМЕННОСТЬ, ТРАВМА, ОПЕРАЦИИ, ИНТЕРКУРРЕНТНЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ).

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРЕКОМЫ

- В ВЫДЫХАЕМОМ ВОЗДУХЕ ЗАПАХ АЦЕТОНА
- В МОЧЕ ОБНАРУЖИВАЮТ КЕТОНОВЫЕ ТЕЛА И УМЕРЕННУЮ ГЛЮКОЗУРИЮ, А В КРОВИ ОТМЕЧАЕТСЯ ГИПЕРГЛИКЕМИЯ – 19,4 ММОЛЬ/Л (ДО 350 МГ%), КЕТОНЕМИЯ – 5,2 ММОЛЬ/Л (ДО 30 МГ%) И НЕКОТОРОЕ СНИЖЕНИЕ ЩЕЛОЧНОГО РЕЗЕРВА ДО РН 7,3 (НЕ НИЖЕ).
- ПОСТОЯННАЯ ТОШНОТА, ЧАСТАЯ РВОТА
- УСИЛИВАЕТСЯ ОБЩАЯ СЛАБОСТЬ, БЕЗУЧАСТНОСТЬ К ОКРУЖАЮЩЕМУ
- УХУДШАЕТСЯ ЗРЕНИЕ,
- ОДЫШКА
- НЕПРИЯТНЫЕ ОЩУЩЕНИЯ ИЛИ БОЛЬ В ОБЛАСТИ СЕРДЦА И В ЖИВОТЕ
- ЧАСТЫЕ ПОЗЫВЫ НА МОЧЕИСПУСКАНИЕ
- НЕУКРОТИМАЯ ЖАЖДА.
- ПРЕКОМАТОЗНОЕ СОСТОЯНИЕ МОЖЕТ ПРОДОЛЖАТЬСЯ ОТ НЕСКОЛЬКИХ ЧАСОВ ДО НЕСКОЛЬКИХ ДНЕЙ. СОЗНАНИЕ СОХРАНЕНО, БОЛЬНОЙ ПРАВИЛЬНО ОРИЕНТИРОВАН ВО ВРЕМЕНИ И ПРОСТРАНСТВЕ, ОДНАКО НА ВОПРОСЫ ОТВЕЧАЕТ С ЗАПАЗДЫВАНИЕМ, ОДНОСЛОЖНО, МОНОТОННО, НЕВНЯТНЫМ ГОЛОСОМ. КОЖА СУХАЯ, ШЕРШАВАЯ, НА ОЩУПЬ ХОЛОДНАЯ. ГУБЫ СУХИЕ, ПОТРЕСКАВШИЕСЯ, ПОКРЫТЫЕ ЗАПЕКШИМИСЯ КОРКАМИ, ИНОГДА ЦИАТОНИЧНЫЕ. ЯЗЫК МАЛИНОВОГО ЦВЕТА С СОХРАНЯЮЩИМИСЯ ПО КРАЯМ ОТПЕЧАТКАМИ ЗУБОВ, СУХОЙ, ОБЛОЖЕННЫЙ ГРЯЗНО-КОРИЧНЕВЫМ НАЛЕТОМ.

КЛИНИКА КОМЫ

- ПРИ ОТСУТСТВИИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОЙ СТАНОВИТСЯ ВСЕ БОЛЕЕ БЕЗУЧАСТНЫМ К ОКРУЖАЮЩЕМУ, НА ВОПРОСЫ ОТВЕЧАЕТ С ВСЕ БОЛЬШИМ ЗАПАЗДЫВАНИЕМ ИЛИ ВОВСЕ НЕ РЕАГИРУЕТ И ПОСТЕПЕННО ПОГРУЖАЕТСЯ В ГЛУБОКУЮ КОМУ, ПРИ КОТОРОЙ СОЗНАНИЕ ПОЛНОСТЬЮ ОТСУТСТВУЕТ. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ КОМЫ ТАКИЕ ЖЕ, КАК И В ПРЕКОМЕ, ТОЛЬКО ЕЩЕ БОЛЕЕ ВЫРАЖЕНО. НАБЛЮДАЕТСЯ
- ГЛУБОКОЕ, ШУМНОЕ И СКОРЕЕ УЧАЩЕННОЕ ДЫХАНИЕ, КОТОРОЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ УДЛИНЕННЫМ ВДОХОМ И КОРОТКИМ ВЫДОХОМ, ПРИЧЕМ КАЖДОМУ ВДОХУ ПРЕДШЕСТВУЕТ ОПРЕДЕЛЕННАЯ ПАУЗА (ДЫХАНИЕ ТИПА КУССМАУЛЯ).
- В ВОЗДУХЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ РЕЗКИЙ ЗАПАХ АЦЕТОНА (ЗАПАХ МОЧЕНЫХ ЯБЛОК); ЭТОТ ЗАПАХ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ В КОМНАТЕ, В КОТОРОЙ НАХОДИТСЯ БОЛЬНОЙ.
- ВЫРАЖЕННАЯ ГИПОТОНИЯ, ЧАСТЫЙ, МАЛОГО НАПОЛНЕНИЯ И НАПРЯЖЕНИЯ ПУЛЬС
- ЗАДЕРЖКА МОЧИ,
- НАПРЯЖЕННЫЙ, ВТЯНУТЫЙ И ОГРАНИЧЕННО УЧАСТВУЮЩИЙ В ДЫХАНИИ ЖИВОТ.
- ОСЛАБЛЕННЫЕ ДО ЭТОГО СУХОЖИЛЬНЫЕ РЕФЛЕКСЫ ПОСТЕПЕННО ПОЛНОСТЬЮ ИСЧЕЗАЮТ, НА НЕКОТОРОЕ ВРЕМЯ СОХРАНЯЮТСЯ ЕЩЕ ЗРАЧКОВЫЙ И ГЛОТАТЕЛЬНЫЙ РЕФЛЕКС.
- ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА ЧАЩЕ ВСЕГО ПОНИЖЕНА
- ТУРГОР КОЖИ СНИЖЕН И СООТВЕТСТВУЕТ СТЕПЕНИ ДЕГИДРАТАЦИИ.

ЛЕЧЕНИЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЫ

- ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ КОРРЕКЦИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО АЦИДОЗА (ПОВЫСИТЬ НСОЗ ДО УРОВНЯ 20 МЭКВ/Л), ДЕФИЦИТА ВОДЫ (УСТРАНИТЬ ДЕФИЦИТ ВОДЫ В 8-10 Л), ЭЛЕКТРОЛИТНЫХ НАРУШЕНИЙ (СОХРАНЯТЬ КАЛИЙ СЫВОРОТКИ НА УРОВНЕ 3,5-5,0 ММОЛЬ/Л), ГИПЕРГЛИКЕМИИ (СНИЗИТЬ УРОВЕНЬ ГЛИКЕМИИ ДО 8-10 ММОЛЬ/Л).

КРИТЕРИИ ДЛЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ В/В ИНФУЗИИ ИНСУЛИНА

- НОРМАЛИЗАЦИЯ РН 7,36-7,44.
- ОТСУТСТВИЕ АЦЕТОНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ И В МОЧЕ.
- ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИНИМАТЬ ПИЩУ.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЗАПАСОВ ГЛЮКОЗЫ В ОРГАНИЗМЕ

- ПРИ ДОСТИЖЕНИИ ГЛИКЕМИИ 13 ММОЛЬ/Л - В/В ИНФУЗИЯ 5% ГЛЮКОЗЫ СО СКОРОСТЬЮ 100-120 МЛ/ЧАС ПЛЮС 1 ЕД ИНСУЛИНА НА КАЖДЫЕ 100 МЛ ГЛЮКОЗЫ.

КОРРЕКЦИЯ ГИПОКАЛИЕМИИ

- ДЕФИЦИТ КАЛИЯ У БОЛЬНЫХ ДКА ДОСТИГАЕТ 3-5 МЭКВ/КГ МАССЫ ТЕЛА.
- У 74% БОЛЬНЫХ УРОВЕНЬ К В ПРЕДЕЛАХ НОРМЫ, И У 22% БОЛЬНЫХ - ПОВЫШЕН. С МОМЕНТА НАЧАЛА ИНСУЛИНОТЕРАПИИ УРОВЕНЬ К РЕЗКО СНИЖАЕТСЯ ЗА СЧЕТ ТРАНСМЕМБРАННОГО ПЕРЕНОСА К В КЛЕТКУ, ПОЭТОМУ ДЕФИЦИТ К ДОЛЖЕН БЫТЬ ВОСПОЛНЕН КАК МОЖНО РАНЬШЕ.

- ДЕФИЦИТ КАЛИЯ УСТРАНЯЕТСЯ ПО СЛЕДУЮЩЕЙ СХЕМЕ: 1 ГР. КАЛИЯ ХЛОРИДА СОДЕРЖИТ 14,3 ММОЛЬ (МЭКВ) КАЛИЯ. ПРИ УРОВНЕ КАЛИЯ МЕНЕЕ 3 ИЛИ БОЛЕЕ 6 ММОЛЬ/Л НЕОБХОДИМ МОНИТОРИНГ ЭКГ.

ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКАЯ КОМА

- ОСТРО ВОЗНИКАЮЩЕЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ, ПРОЯВЛЯЮЩЕЕСЯ РЕАКЦИЕЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В ОПРЕДЕЛЕННОЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ (КОРА БОЛЬШИХ ПОЛУШАРИЙ → МОЗЖЕЧОК → ПОДКОРКОВО-ДИЭНЦЕФАЛЬНЫЕ СТРУКТУРЫ → ЖИЗНЕННО ВАЖНЫЕ ЦЕНТРЫ ПРОДОЛГОВАТОГО МОЗГА), СВЯЗАННОЕ С ПАДЕНИЕМ ИЛИ РЕЗКИМ ПЕРЕПАДОМ УРОВНЯ ГЛИКЕМИИ (КОНЦЕНТРАЦИИ УГЛЕВОДОВ В ПЛАЗМЕ КРОВИ).

ПРИЧИНЫ ГИПОГЛИКЕМИИ

- СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ В ПЛАЗМЕ КРОВИ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЗВАНО ДВУМЯ ГРУППАМИ ПРИЧИН:

- ИЗБЫТОК В КРОВИ ИНСУЛИНА, ЧТО ПРИВОДИТ К ПЕРЕХОДУ, ПРАКТИЧЕСКИ ВСЕЙ ГЛЮКОЗЫ ИЗ ПЛАЗМЫ В КЛЕТКИ. ПОДОБНЫЕ СИТУАЦИИ ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ БОЛЬШОМ КОЛИЧЕСТВЕ ВВЕДЕННОГО ИНСУЛИНА, ИЛИ ЕГО ЧРЕЗМЕРНОЙ ПРОДУКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗОЙ (НАПРИМЕР, ПРИ ИНСУЛОМЕ - ОПУХОЛИ ЕЕ ИНСУЛИНПРОДУЦИРУЮЩИХ КЛЕТОК).
- НЕДОСТАТКЕ ПОСТУПЛЕНИЯ ГЛЮКОЗЫ В КРОВЬ. ЧАЩЕ ВСЕГО ЭТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ СОЧЕТАНИИ ОТСУТСТВИЯ УГЛЕВОДОВ В ПИЩЕ И УГНЕТЕНИИ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ ПО ПРЕВРАЩЕНИЮ ГЛИКОГЕНА. САМЫМ ЯРКИМ ПРИМЕРОМ СЛУЖИТ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЕМ БОЛЬНЫМИ, СТРАДАЮЩИМИ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- НАЧАЛЬНАЯ СТАДИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:
- ВНЕЗАПНОЙ ОБЩЕЙ СЛАБОСТЬЮ;
- ПРОФУЗНОЙ ПОТЛИВОСТЬЮ;
- ДРОЖЬЮ ВСЕГО ТЕЛА;
- ЧУВСТВОМ ГОЛОДА;
- МОЖЕТ БЫТЬ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ;
- СЕРДЦЕБИЕНИЕ;
- ОНЕМЕНИЕ ГУБ;
- ПАРЕСТЕЗИИ;
- ДИПЛОПИЯ.
- ПРИ ОТСУТСТВИИ ПОМОЩИ, ЧЕРЕЗ НЕСКОЛЬКО МИНУТ РАЗВИВАЕТСЯ СОСТОЯНИЕ ПСИХОЗА: ПОВЕДЕНИЕ БОЛЬНОГО МОЖЕТ НАПОМИНАТЬ АЛКОГОЛЬНОЕ ОПЬЯНЕНИЕ, НЕРЕДКО НАБЛЮДАЮТСЯ АГРЕССИВНОСТЬ, НЕГАТИВИЗМ, НЕМОТИВИРОВАННЫЕ ПОСТУПКИ; У БОЛЬНЫХ МОГУТ БЫТЬ СЛУХОВЫЕ, ЗРИТЕЛЬНЫЕ ГАЛЛЮЦИНАЦИИ.

НАРАСТАНИЕ ГИПОГЛИКЕМИИ

- ПРИСОЕДИНЯЮТСЯ КЛОНИКО-ТОНИЧЕСКИЕ СУДОРОГИ, НАСТУПАЕТ ОГЛУШЕННОСТЬ, СОПОРОЗНОЕ СОСТОЯНИЕ
- ПРИ ОСМОТРЕ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ: ДЫХАНИЕ РОВНОЕ, КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ ВЛАЖНЫЕ, ГИПЕРТОНУС МЫШЦ, УМЕРЕННАЯ ТАХИКАРДИЯ, ИНОГДА БРАДИКАРДИЯ, АД НОРМАЛЬНОЕ ИЛИ НЕЗНАЧИТЕЛЬНО ПОВЫШЕНО. ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКАЯ КОМА МОЖЕТ ОСЛОЖНИТЬСЯ РАЗВИТИЕМ ОТЁКА МОЗГА, ЧТО НАБЛЮДАЕТСЯ ИЛИ ПРИ ЗАПОЗДАЛОЙ ДИАГНОСТИКЕ, И СООТВЕТСТВЕННО, ПОЗДНО НАЧАТОМ ЛЕЧЕНИИ, ИЛИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРОВЕДЕНИЯ НЕАДЕКВАТНОЙ ТЕРАПИИ. И ПОЛНАЯ ПОТЕРЯ СОЗНАНИЯ — КОМА.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЕ

- В НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ГИПОГЛИКЕМИЯ МОЖЕТ КУПИРОВАТЬСЯ ПРИЁМОМ ВНУТРЬ ЛЕГКОУСВОЯЕМЫХ УГЛЕВОДОВ - СЛАДКИЙ ЧАЙ, ВАРЕНЬЕ, САХАР, КОНФЕТЫ - У БОЛЬНЫХ СОХРАНЯЕТСЯ ГЛОТОЧНЫЙ РЕФЛЕКС.
- ПРИ РАЗВИТИИ ГЛУБОКОЙ КОМЫ ЛЕЧЕНИЕ НАЧИНАЮТ СО СТРУЙНОГО ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ 80-100 МЛ 40 % РАСТВОРА ГЛЮКОЗЫ И ВНУТРИМЫШЕЧНОГО ВВЕДЕНИЯ 1 МЛ ГЛЮКАГОНА, ЗАТЕМ ПЕРЕХОДЯТ НА КАПЕЛЬНУЮ ИНФУЗИЮ 200-400 МЛ 5 % РАСТВОРА ГЛЮКОЗЫ. ПРИ ЭТОМ УРОВЕНЬ ГЛИКЕМИИ ПОДДЕРЖИВАЮТ В ПРЕДЕЛАХ 6,0-9,0 ММОЛЬ/Л. ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА ПРИБЕГАЮТ К ПОДКОЖНОМУ ВВЕДЕНИЮ 0,5-1 % РАСТВОРА АДРЕНАЛИНА. ПОСЛЕ УКАЗАННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ СОЗНАНИЕ, КАК ПРАВИЛО, ВОССТАНАВЛИВАЕТСЯ.

ГИПЕРОСМОЛЯРНАЯ КОМА

- ДАННОЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ВОЗНИКАЕТ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА И ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КРАЙНЕ ВЫСОКИМ УРОВНЕМ ГЛЮКОЗЫ КРОВИ (55,5 ММОЛЬ/Л И БОЛЕЕ) В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРОСМОЛЯРНОСТЬЮ (ОТ 330 И ДО 500 И БОЛЕЕ МОСМОЛЬ/Л) И ОТСУТСТВИЕМ КЕТОАЦИДОЗА.
- НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ У ЛИЦ СТАРШЕ 50 ЛЕТ С ЛЕГКИМ ИЛИ СРЕДНЕТЯЖЕЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ САХАРНОГО ДИАБЕТА, ХОРОШО КОМПЕНСИРУЕМЫМ ДИЕТОЙ ИЛИ ПРЕПАРАТАМИ СУЛЬФАНИЛ-МОЧЕВИНЫ. ГИПЕРОСМОЛЯРНАЯ КОМА ВСТРЕЧАЕТСЯ 1:10 ПО ОТНОШЕНИЮ К КЕТОАЦИДОТИ-ЧЕСКОЙ КОМЕ, А СМЕРТНОСТЬ ПРИ ЕЕ РАЗВИТИИ СОСТАВЛЯЕТ 40—60%.

РАЗВИТИЮ ГИПЕРОСМОЛЯРНОЙ КОМЫ СПОСОБСТВУЮТ:

- ДЛИТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ МОЧЕГОННЫХ ПРЕПАРАТОВ, ИММУНОДЕПРЕССАНТОВ, ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ;
- ОСТРЫЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ РВОТОЙ И ДИАРЕЕЙ (ГАСТРОЭНТЕРИТ, ПАНКРЕАТИТ, ПИЩЕВОЕ ОТРАВЛЕНИЕ);
- ОБШИРНЫЕ ОЖОГИ;
- МАССИВНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ;
- ГЕМОДИАЛИЗ ИЛИ ПЕРИТОНЕАЛЬНЫЙ ДИАЛИЗ;
- ИЗБЫТОЧНОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ УГЛЕВОДОВ;
- ВВЕДЕНИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ РАСТВОРОВ ГЛЮКОЗЫ,
- А ТАКЖЕ ЛЮБЫЕ ДРУГИЕ СОСТОЯНИЯ, СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ ПОТЕРЕЙ ЖИДКОСТИ.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- НАРАСТАЕТ ПОЛИУРИЯ, НАБЛЮДАЕТСЯ ВЫРАЖЕННАЯ ПОЛИДИПСИЯ, КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ И СЛИЗИСТЫЕ СТАНОВЯТСЯ СУХИМИ, СНИЖАЕТСЯ ТУРГОР КОЖИ И ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ. ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА ПОВЫШАЕТСЯ. ДЫХАНИЕ СТАНОВИТСЯ ПОВЕРХНОСТНЫМ, УЧАЩЕННЫМ, ЗАТРУДНЕН ВДОХ. АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ СНИЖАЕТСЯ, НАБЛЮДАЕТСЯ ТАХИКАРДИЯ, ЭКСТРАСИСТОЛИЯ.

- В ДАЛЬНЕЙШЕМ КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ ГИПЕРОСМОЛЯРНОЙ КОМЫ В ЗНАЧИТЕЛЬНОЙ СТЕПЕНИ ОПРЕДЕЛЯЮТ НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА. ОТМЕЧАЮТСЯ СОПОР, ГАЛЛЮЦИНАЦИИ, ПОЯВЛЯЮТСЯ МЕНИНГИАЛЬНЫЕ ПРИЗНАКИ, ЭПИЛЕПТОИДНЫЕ ПРИПАДКИ, ГЕМИПАРЕЗЫ, ПАРАЛИЧИ. ВОЗМОЖНЫ ТРОМБОЗЫ.
- КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ РАЗВИВАЮТСЯ МЕДЛЕННО, В ТЕЧЕНИЕ НЕСКОЛЬКИХ ДНЕЙ, ПОСТЕПЕННО ПРИВОДЯ К СТАДИИ ГИПОВОЛЕМИЧЕСКОГО ШОКА.

ЛЕЧЕНИЕ:

- РЕГИДРАТАЦИЯ — НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫЙ (ОСНОВНОЙ) МОМЕНТ ЛЕЧЕНИЯ;
- ДО СНИЖЕНИЯ УРОВНЯ ОСМОЛЯРНОСТИ ПЛАЗМЫ КРОВИ НИЖЕ 330 МКМОЛЬ/Л ВВОДЯТ ГИПОТОНИЧЕСКИЙ (0,45%) РАСТВОР НАТРИЯ ХЛОРИДА;
- ПОТРЕБНОСТЬ В ВЕДЕНИИ ИНСУЛИНА МЕНЬШЕ, ЧЕМ ТРЕБУЕТСЯ В СЛУЧАЕ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА (НЕ ХАРАКТЁРНА ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ);
- УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ В ПЛАЗМЕ КРОВИ СНИЖАЕТСЯ ОДНОВРЕМЕННО С ПРОВЕДЕНИЕМ РЕГИДРАТАЦИИ;
- ДАННЫЙ ВИД КОМЫ РАЗВИВАЕТСЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ПОСЛЕ НОРМАЛИЗАЦИИ СОСТОЯНИЯ ЛЕЧЕНИЕ МОЖНО ПРОДОЛЖИТЬ БЕЗ ПРИМЕНЕНИЯ ИНСУЛИНА.