

19,8 ± 10,9 мЕ/л. Через 3 мес после прекращения терапии пиковый уровень ГР увеличился до 42,1 ± 4,7 мЕ/л. Скорость роста детей увеличилась с 5,3 ± 0,9 см/год (до лечения) до 7,4 ± 1,6 см/год в течение 6—10 мес терапии. Таким образом, наблюдается частичная супрессия ответа ГР на фоне длительного интраназального введения

гексарелина. Вероятно, данные изменения связаны со снижением чувствительности к препарату, однако они не оказывают значительного отрицательного влияния на скорость роста детей.

Перепечатано с разрешения

Copyright © 1996 European Journal of Endocrinology

◆ РЕЦЕНЗИЯ

© И. И. ДЕДОВ, Н. С. КУЗНЕЦОВ, 1998

УДК 616.379-008.64+617:616(049.32)

Е. В. Кулешов, С. Е. Кулешов. Сахарный диабет и хирургические заболевания. — М., 1996. — 216 с.

В последние годы отмечается значительное увеличение числа больных сахарным диабетом. По данным ВОЗ (1988 г.), до 5% населения земного шара страдает этим заболеванием. Этому способствуют стресс, адинамия, избыточное питание, неконтролируемая медикаментозная терапия, вирусные инфекции, наследственная предрасположенность, неблагоприятные условия окружающей среды, аномалии развития и т. д.

Следует отметить, что возникающие осложнения сахарного диабета, сопутствующие хирургические заболевания характеризуются атипизмом клинической картины развивающейся патологии и требуют от врача знаний и умений в оказании неотложных мероприятий.

Вместе с тем в литературе недостаточно освещены особенности течения хирургических заболеваний, протекающих на фоне сахарного диабета, возникающие хирургические осложнения этого эндокринного заболевания, изменения состояния гомеостаза при этой сочетанной патологии в пред- и послеоперационном периоде. Отсутствует единая концепция рационально обоснованной комплексной корригирующей терапии, проводимой до и после операций у больных этой категории. Монография Е. В. Кулешова и С. Е. Кулешова "Сахарный диабет и хирургические заболевания" позволяет восполнить этот пробел, поскольку отвечает требованиям практического здравоохранения по этой важной проблеме вообще и эндокринологии в частности.

Глава 1 посвящена семиотике сахарного диабета и его классификации. Этот раздел позволяет хирургу, анестезиологу, врачу скорой медицинской помощи ознакомиться с изучаемой проблемой с позиции эндокринолога-терапевта. В данной главе четко определены показания к выполнению двухэтапной хирургической обработки гнойного очага на основе метода чрескожного определения pO_2 капиллярной крови. Авторами детально проведен анализ диагностических и тактических ошибок при анаэробной инфекции мягких тканей.

В главе 2 "Хирургические осложнения сахарного диабета" авторы впервые предлагают стройную классификацию осложнений сахарного диабета, которая может быть применена в практической деятельности хирурга и эндокринолога.

Подробное описание клинической картины, диагностики и дифференциальной диагностики "острого ложного живота", желудочного кровотечения, возникающих при декомпенсации сахарного диабета, особенностей клинического течения гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей и диабетической гангрены свидетельствует о глубоком знании авторами этих разделов и умелом использовании данных литературы по этим вопросам хирургии и эндокринологии.

Использование метода определения парциального давления кислорода (pO_2) в тканях позволило авторам до операции устанавливать границы хирургической обработки гнойника, гнойной раны, что, как правило, бывает трудно осуществить у больных сахарным диабетом. Кроме этого, применение данного метода позволяет прогнозировать течение раневого процесса после закрытия раны швами. Это новое направление в гнойной хирургии.

Еще 2 важных раздела главы 2 — "Диабетическая гангрена" и "Диабетическая остеоартропатия" — тесно связаны и дополняют знания по этой важной сочетанной патологии.

Совершенно новым аспектом рассматриваемой проблемы в этой главе является раздел, посвященный клинической картине, диагностике и лечению анаэробной неклостридиальной инфекции у больных сахарным диабетом. Располагая собст-

венным опытом и используя данные литературы, авторы монографии на современном уровне представили особенности клинического течения этого специфического вида инфекции и тактики разработанного комплексного метода лечения.

В главе 3 "Нарушение процесса регенерации ран при сахарном диабете" на основе собственных клинико-экспериментальных исследований авторы впервые описывают причины и механизм нарушений течения раневого процесса у больных сахарным диабетом с сопутствующей хирургической патологией. Несомненно, знание этих особенностей позволит врачу своевременно и обоснованно корригировать течение фаз воспаления и регенерации у больных данной категории.

В главе 4 "Острые гнойно-воспалительные заболевания органов брюшной полости и сахарный диабет" представлены особенности клиники и атипизм течения острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Показано, что вследствие несоответствия клинических проявлений заболевания значительным морфологическим изменениям пораженных органов больные сахарным диабетом госпитализируются несвоевременно. Это, несомненно, обуславливает высокую частоту осложнений и летальность. Кроме этого, при сочетании острых хирургических заболеваний органов брюшной полости и сахарного диабета быстро наступает декомпенсация этого эндокринного заболевания. Возникающие диабетические прекома и кома меняют клиническую картину основного заболевания и усугубляют прогноз лечения. Особое место занимает описание перитонита, протекающего с преобладанием анаэробного компонента микрофлоры, возможностей своевременной его диагностики и разработанных адекватных методов лечения.

В главе 5 "Тиреотоксикоз и сахарный диабет" детально описано сочетание этих двух эндокринных заболеваний. Задачей эндокринолога и хирурга является достижение компенсации обоих эндокринных заболеваний и своевременное выполнение субтотальной резекции щитовидной железы при неэффективном консервативном лечении. Подобная тактика позволяет стойко поддерживать компенсацию сахарного диабета и избавляет от риска развития тиреотоксического криза. На наш взгляд, подобная тактика лечения оправдана при условии, что у больного молодого возраста преобладает клиническая картина тиреотоксикоза и риск операции минимален.

Глава 6 "Язвенная болезнь и сахарный диабет" — один из новых разделов монографии. Помимо известных причин возникновения язвенной болезни, авторы отводят определенную роль в ее этиологии характеру микрофлоры желудка. Авторы справедливо отмечают, что одним из этиологических факторов образования язвенного дефекта слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки являются продукты жизнедеятельности *Helicobacter pylori*. Помимо подробного изложения клинической картины язвенной болезни, особенностей ее течения, Е. В. Кулешов и С. Е. Кулешов выделяют несколько вариантов проявления этого заболевания на фоне сахарного диабета в зависимости от типа инсулиновой недостаточности. С учетом этого изложена методика консервативного лечения наряду с ограниченными показаниями к операции в случае осложненного течения язвенной болезни.

В главе 7 "Изменения гомеостаза у больных сахарным диабетом с хирургической патологией" на современном уровне представлены изменения кислотно-основного состояния, водно-солевого обмена, системы гемостаза, белкового обмена, состояния иммунитета, содержания и состава микроэлементов крови, наблюдаемые при сахарном диабете и хирургических заболеваниях. Показано, что операционный стресс, обезболивание, кровопотеря изменяют обмен веществ, повышают риск

операции, ухудшают прогноз заболевания. В то же время знание причин и механизмов развития дисбаланса в состоянии гомеостаза позволяет своевременно и адекватно проводить комплексную корригирующую терапию у больных сахарным диабетом и хирургическими заболеваниями.

Глава 8 "Общие принципы лечения и методы обезболивания больных диабетом с хирургической патологией" очень важна для практической работы врача, поскольку в ней представлены основные сведения о подготовке больных с инсулиновой недостаточностью и хирургическими заболеваниями к операции, а также о ведении послеоперационного периода.

С современных позиций описаны методы обезболивания с учетом новейших представлений о влиянии лекарственных средств, применяемых для наркоза, на углеводный и другие обмена веществ у больных сахарным диабетом. Действительно, как отмечают авторы, каждому больному необходим индивидуальный подход к выбору метода обезболивания с учетом возраста, сопутствующих заболеваний, состояния компенсации диабета.

Глава 9 "Комплексная корригирующая терапия больных сахарным диабетом с хирургической патологией" посвящена методам коррекции углеводного обмена, кислотно-основного состояния, гидроионного дисбаланса, процесса гемостаза и измененного течения раневого процесса у больных с сочетанной патологией. В критическом аспекте приводятся многочисленные схемы инсулинотерапии при компенсированном и де-

компенсированном сахарном диабете, что позволило авторам с учетом собственного опыта аргументированно обосновать необходимость увеличения дозы инсулина в послеоперационном периоде.

Заключительная глава монографии "Перспективы лечения сахарного диабета" отражает современные воззрения о возможности компенсации и стабилизации углеводного обмена с помощью создания искусственной "поджелудочной железы" и выполнения различных инвазивных и неинвазивных методов гомо- и аллотрансплантации бета-клеток.

В целом монография Е. В. Кулешова и С. Е. Кулешова "Сахарный диабет и хирургические заболевания" соответствует современным требованиям здравоохранения к подготовке квалифицированных специалистов. Она может быть включена в программу учебного процесса медицинских вузов и курсов повышения квалификации врачей.

Имеющиеся стилистические ошибки, ряд спорных положений и высказываний не умаляют достоинств книги; она может быть переиздана большим тиражом.

В заключение можно отметить, что рецензируемая монография по актуальности, научному уровню и практической направленности заслуживает достойной оценки и представляет несомненный интерес для практических врачей и ученых.

И. И. Дедов, Н. С. Кузнецов (Москва)