

Диабетическая кетоацидотическая кома является результатом самоотравления организма продуктами неполного расщепления жиров и белков, а именно кетоновыми телами: ацетоном, ацетоуксусной кислотой и др. При избытке этих тел в крови происходит выведение их с выдыхаемым воздухом и мочой. Является следствием [диабетического кетоацидоза](#)

Чаще всего диабетическая кома развивается у больных с тяжёлыми формами диабета при недостаточном введении [инсулина](#) в организм. Вместе с тем возможно возникновение комы и у лиц с лёгкой формой диабета, когда больной нарушает установленный режим, недополучает инсулин, либо вводит с пищей большое количество углеводов, жиров, либо присоединяются сопутствующие заболевания, неотложные хирургические вмешательства, травмы, психоэмоциональные перенапряжения и др.

Отсюда следует, что **основная профилактика кетоацидотической комы** состоит в раннем выявлении сахарного диабета, его повседневном правильном лечении под систематическим врачебным и лабораторным контролем с своевременной коррекцией. Кома развивается постепенно на протяжении 1-3 дней.

При этом проявляется **резкая общая слабость, головная боль, тошнота, иногда рвота, боли в животе, в выдыхаемом больным воздухе ощущается запах ацетона (прелых яблок)**

. Затем присоединяются учащенное и шумное дыхание, слабость сердечной деятельности, сонливость, постепенно переходящая в глубокий сон, а затем, если не будет оказана срочная врачебная помощь, наступает смерть. Клиническому проявлению комы обычно предшествует период декомпенсации сахарного диабета, выражающийся в полиурии, полидипсии, похудании, слабости, тошноте, головной боли. Важным признаком является резкая дегидратация- сухость кожи и слизистых оболочек, понижается артериальное давление, учащается пульс.

Отмечается гипотония мышц, снижается тонус глазных яблок, реакция зрачков на свет вялая, могут определяться менингеальные симптомы. Полиурия сменяется олигоурией, а затем анурией. Уровень сахара в крови значительно повышается (иногда 55,5 ммоль/литр и более), выражены глюкозурия и кетонурия. Содержание бикарбоната натрия в плазме уменьшено, рН крови также понижен, повышается содержание в крови остаточного азота, мочевины, креатинина, резко увеличивается количество свободных жирных кислот и триглицеридов, повышается содержание холестерина. Наблюдается также нейтрофильный лейкоцитоз, повышение СОЭ. Дегидратация и сгущение крови обуславливают увеличение количества эритроцитов и гемоглобина.

Больной в состоянии комы нуждается в неотложной госпитализации в отделение интенсивной терапии, где за ним необходимо организовать систематическое врачебное наблюдение и индивидуальный сестринский пост. Основные лечебные мероприятия направлены на устранение инсулиновой недостаточности, кетоацидоза, дегидратации, восстановление нарушенного обмена веществ. Для лечения диабетической комы используется только инсулин короткого действия, доза устанавливается врачом индивидуально, но обученные больные могут начать проводить лечебные мероприятия самостоятельно т.к. развитие гипергликемической комы небезопасно для жизни и поэтому требует немедленного интенсивного медицинского лечения, лучше в больнице. Но даже в больнице не всегда удается вывести больного из гипергликемической комы.

Для профилактики гипергликемической комы больные должны самостоятельно проводить нижеследующие мероприятия:

- Если **сахар крови больше 13 ммоль/л**, необходимо провести определение содержания ацетона в моче с помощью специальных тест-полосок, которые можно купить в аптеке.

- Если ацетона в моче нет, необходимо увеличить дозу “короткого” инсулина на 10% от общей суточной, при обычном введении пролонгированного инсулина.

- При гипергликемии больше 13 ммоль/л и появлении ацетона в моче, необходимо увеличить дозу “короткого” инсулина на 20% от общей суточной дозы.

Контроль гликемии в данной ситуации следует проводить через 2 часа, с введением инсулина по вышеприведённому принципу.

Больному необходимо обильное питьё до 5 литров в сутки.

Рекомендуется дважды в день ставить содовые клизмы (4 столовых ложки соды на 1

литр воды).

Отмена режима частого введения простого инсулина производится только после исчезновения ацетона в моче и нормализации содержания сахара крови!

После двух безуспешных попыток самостоятельной коррективки гипергликемии и/или ухудшении общего самочувствия - срочно обратиться к врачу!