

КСИЛАТ®

ідеальний препарат
для інфузійної
терапії при
цукровому діабеті

- Має виражену антикетогенну дію.
- Сприяє виробленню ендogenous інсуліну, тим самим покращуючи вуглеводний обмін.
- Надає виражену ліпотропну дію.
- Відновлює водно-електролітний баланс, в першу чергу гіпокаліємію.
- Відновлює кислотно-лужну рівновагу.

Інформація про лікарський препарат КСИЛАТ®. Склад. Діючі речовини: 100 мл розчину містять ксилітолу 5000 мг, натрію ацетату 260 мг, натрію хлориду 600 мг, кальцію хлориду 10 мг, калію хлориду 30 мг, магнію хлориду 10 мг. Лікарська форма. Розчин для інфузій. Фармакотерапевтична група. Кровозамінники та перфузійні розчини. Електроліти в комбінації з іншими препаратами. Код АТС B05X A31. Показання. Для зменшення інтоксикації, покращення мікроциркуляції, для часткового покриття потреби у вуглеводах, що виникає при цукровому діабеті та інших порушеннях утилізації глюкози, при травматичному, операційному, гемолітичному та опіковому шоці (з урахуванням осмолярності крові та сечі), при передопераційній підготовці та у післяопераційний період, при гострій крововтраті, а також при опіковій хворобі, при затяжних гнійних процесах, при різних інфекційних захворюваннях та хронічних токсичних гепатитах. Протипоказання. Гіперосмолярна кома, анурія. Ксилат® не треба вводити у випадках, коли протипоказано вливання рідини (набряки, крововилив у мозок, тромбоемболія, серцево-судинна декомпенсація, артеріальна гіпертензія III ст.). Побічні реакції. Алергічні реакції (свербіж, кропив'янка), рідко — тахікардія, підвищення температури тіла, подразнення периферійних вен у місці введення. Не рекомендується застосування препарату при загальному зневодненні та порушеннях водно-електролітного обміну. Може виникати гіпертонічна реакція, у цьому випадку вводять гіпотензивні засоби під контролем артеріального тиску. Категорія відпуску. За рецептом. Інформація для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників. Перед застосуванням слід обов'язково ознайомитися з повною інструкцією для медичного застосування та загальними застереженнями. РП МОЗ України №UA/1070/01/01 від 28.03.2014. Розробка макету: ТОВ «Бі-Брайт Медія». Фото: Shutterstock.com

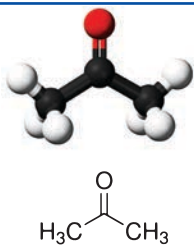


 **ЮРІЯ-ФАРМ**

03680, м. Київ, вул. М. Амосова, 10
тел./факс: 044-275-01-08; 275-92-42
www.uf.ua



Діабетичний кетоацидоз: актуальність, діагностика, лікування



Діабетичний кетоацидоз (ДКА) — це стан вираженої декомпенсації вуглеводного обміну, обумовлений абсолютним (при ЦД 1 типу) або вираженим відносним (при ЦД 2 типу) дефіцитом інсуліну, підвищенням рівня контрінсулярних гормонів, різким зниженням утилізації глюкози тканинами, активацією ліполізу та кетогенезу з розвитком кетозу та ацидозу.

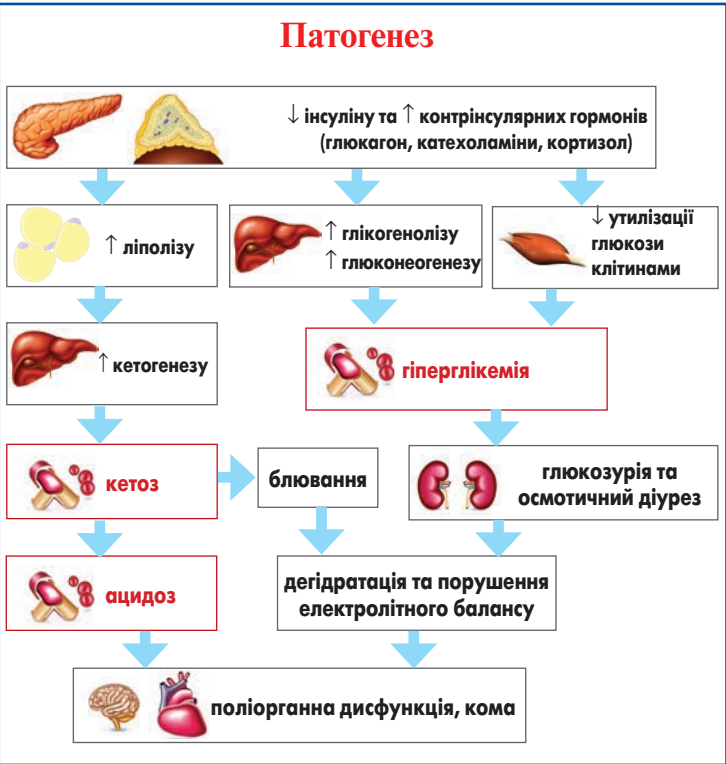
Зазвичай, ДКА ускладнює перебіг ЦД 1 типу, але може розвиватись і при ЦД 2 типу. Якщо метаболічні порушення своєчасно не скорегувати, розвивається діабетична кетоацидотична кома.

№1

найбільш часте гостре ускладнення ЦД та одна з основних причин летальності дітей з ЦД

смертність при ДКА становить 5-10%

25% дітей на момент діагностики ЦД 1 типу мають ДКА



Фактори ризику

- неадекватна цукрознижувальна терапія;
- інфекції, гострі неінфекційні захворювання;
- травми та операції;
- психологічний стрес;
- вживання деяких ліків (глюкокортикоїди, естрогени, в тому числі й гормональні контрацептиви, діуретики та ін.);
- пубертат;
- вагітність, пологи;
- вживання алкоголю тощо.

Лабораторна діагностика

глюкоза крові >11 ммоль/л

кетони у сечі та крові +

pH артеріальної крові <7,3

бікарбонати крові <21 мекв/л



Диференційна діагностика

Інші причини кетозу:

- алкогольний кетоз
- гіпоглікемічний кетоз
- ацетонемічний синдром у дітей
- голодування та низьковуглеводна дієта

Інші гіперглікемічні стани:

- незадовільний контроль ЦД
- гіперглікемічний гіперосмолярний синдром
- стресова гіперглікемія

Інші причини ацидозу:

- лактацидоз
- гіперхлоремічний ацидоз
- уремічний ацидоз
- саліцизм (отруєння саліцилатами)
- інші форми ятрогенного ацидозу

ДКА vs гіперосмолярний гіперглікемічний синдром (ГГС)

Ознака	ДКА	ГГС
Вік	Будь-який	Частіше похилий
Тип ЦД	Частіше ЦД 1 типу	Частіше ЦД 2 типу
Особливості прекоматозного стану	Поступова втрата свідомості	Млявість, довго зберігається свідомість, наявні ознаки вогнищового ураження
Дихання	Типу Куссмауля	Часто – поверхове
Артеріальний тиск	Знижений	Різно знижений, колапс
Температура	Нормальна	Часто підвищена
Глікемія, ммоль/л	>11	>33,3
pH крові	<7,3	>7,3
Кетонів тіла сечі	Позитивні	Сліди або негативні
Натрій крові	Норма або знижений	Підвищений
Осмолярність, мОсм/л	Різна	>320

Інтенсивна терапія

K⁺

Insulin

Nasogastric tube

Glucose

Urine

Fluids

Creatinine

калій (моніторинг та корекція) інсулінотерапія назогастральний зонд (у разі порушення свідомості) глюкоза (після зниження до 14-15 ммоль/л та менше) контроль діурезу рідина внутрішньовенно (кристалоїди) моніторинг рівня креатиніну

Інфузійна терапія

для дорослих: 6-8 л протягом перших 12 годин під постійним контролем діурезу (годинний об'єм не повинен перевищувати діурез більш ніж на 500-1000 мл, а об'єм за 12 годин – не більше 10% маси тіла)

для дітей: 1-ша година – 20 мл/кг; 2-га година – 10 мл/кг; 3-тя година і далі – 5 мл/кг маси тіла

- фізіологічний розчин, розчин Рінгера, розчини, що містять багатоатомні спирти (Сорбілакт, Реосорбілакт, Ксилат), 0,45% розчин хлориду натрію при рівні натрію плазми >150 ммоль/л
- колоїдні плазмозамінники (Гекотон, Волютенз) при систолічному АТ <80 мм рт. ст.
- контроль та корекція рівня електролітів, в першу чергу калію
- бікарбонат натрію тільки при задокументованому (!) зниженні pH крові менше 7,0; без визначення pH протипоказано

Визначення ступеня тяжкості

Критерії діагностики	I	II	III
pH артеріальної крові	7,25-7,3	7,0-7,24	<7,0
Бікарбонати крові (мекв/л)	15-20	10-15	<10
Стан свідомості	Тривожність	Тривожність чи сонливість	Ступор чи кома

Інсулінотерапія

- основна задача при ДКА – забезпечення доступу глюкози в клітини, а не нормалізація рівня глікемії!
- інсулін вводять безупинно внутрішньовенно крапельно з початковою швидкістю 0,1 Од/кг, у дітей раннього віку – 0,05 Од/кг
- тільки інсулін короткої дії!
- інфузію інсуліну проводять з використанням Y-подібного перехідника, не слід його додавати в інфузійні розчини
- постійний контроль рівня глюкози крові: щогодини до зниження глікемії до 13-14 ммоль/л, потім – 1 раз на 2 години
- за відсутності позитивної динаміки протягом перших 2-3 годин доза інсуліну подвоюється
- темп зниження глікемії – не швидше 4-5,5 ммоль/л на годину і не нижче 13-14 ммоль/л у першу добу
- при зниженні глікемії <14-15 ммоль/л – зменшення швидкості до 1-4 Од/год + 5-10% розчин глюкози внутрішньовенно крапельно

Інше

- діагностика і лікування патологічних станів, що призвели до ДКА
- профілактика синдрому дисемінованого внутрішньосудинного згортання: гепарин по 2500-5000 ОД 4 рази на добу (контроль часу згортання крові)
- лікування і профілактика інфекційних захворювань: антибіотики широкого спектра дії у віковій дозі

Енергетичний субстрат з незалежним від інсуліну метаболізмом, що має антикетогенну дію

Ксилітол

Лужний засіб сповільненої дії, що на відміну від натрію гідрокарбонату не призводить до різких коливань pH

Натрію ацетат

Корекція електролітних порушень

NaCl

CaCl

KCl

MgCl

Ксилат:

- коригує об'єм циркулюючої крові
- відновлює реологічні властивості крові
- сприяє зменшенню метаболічних порушень

Здоров'я України

5