

– активно выявлять сопутствующий сахарный диабет у всех больных с хирургическими заболеваниями (сбор диабетического анамнеза, выявление факторов риска диабета, пробы на скрытый диабет);

– подробно характеризовать диабет у больного;

– из-за угрозы инфекции операции проводить под защитой антибиотиков.

Факторы риска для сахарного диабета: возраст более 55 лет, избыточный вес, наследственность, ребенок при рождении более 4 кг. Заболевания, провоцирующие сахарный диабет: панкреатиты, желчнокаменная болезнь, болезни щитовидной железы и надпочечников.

Явный диабет проявляется жаждой, сухостью во рту, повышенным аппетитом, похуданием, гипергликемией в течение суток, глюкозурией, а также склонностью к инфекции.

Характеристика сахарного диабета перед операцией состоит в определении гликемического профиля (в течение суток, перед приемом еды), а также глюкозурического профиля, как дополнительного критерия.

Для выявления скрытого диабета (в 1980 году ВОЗ ввела понятие “нарушение толерантности к глюкозе”) используется глюкозотолерантный тест. Натощак определяется исходный сахар, затем прием 75 г. глюкозы в стакане воды за 5 минут. В течение 2 часов пациент спокойно сидит, после чего вновь исследуется сахар крови. Норма: натощак 5,55 ммоль/л, через 2 часа < 7,8 ммоль/л. Явный с.д.: > 6, 7 ммоль/л, через 2 часа > 11,1 ммоль/л. Скрытый: промежуточные показатели.

При длительном диабете базовый уровень гликемии может быть выше (но при отсутствии ацетона!) для создания подпора сахара при нарушенном капиллярном обмене.

При подготовке больного сахарным диабетом к плановой операции решаются следующие задачи: 1) компенсация углеводного обмена, 2) коррекция жирового обмена при его нарушении, 3) коррекция водно-электролитного баланса, 4) создание депо гликогена в печени (введение глюкозокалийинсулиновой смеси), 5) лечение функциональных расстройств жизненно важных органов и систем.

В обследовании у таких пациентов нет мелочей. Обязательно исследование функции печени, почек, свертывающей системы крови (предрасположенность к ДВС – синдрому, тромбозу).

Существует зависимость длительности подготовки больного от объема вмешательства, времени восстановления энтерального питания и базовой терапии сахарного диабета.

Препараты группы бигуанидов за 10 дней до операции должны быть отменены (взаимодействуя с анестетиками, они формируют молочно-кислый ацидоз, значительно снижая рН крови), например, на сульфаниламидами из расчета “таблетка на таблетку”.

Обменные нарушения лучше нормализовать простым инсулином. Обязательного перевода на инсулин в случае прогнозируемого быстрого перехода на энтеральное питание не требуется. Если есть сомнения в послеоперационном периоде, необходимо исследовать гликемический профиль и при повышении сахара добавлять короткий инсулин в эти часы.