

Больные до операции должны получать полноценную пищу, содержащую достаточное количество углеводов, минимальное количество жиров, полный набор витаминов и 1,5-2,5 г животных белков на 1 кг массы. Это связано с тем, что операция, особенно длительная и обширная, послеоперационная лихорадка сопровождаются интенсивным распадом белка (за 10 послеоперационных суток потеря белка составляет 250-1100 г). Преоперационная компенсация диабета существенно снижает потери.

В день операции нельзя заранее расписывать схему и вводить большие дозы (однократно не более 6-8 ед.). Эффект коррекции достигается увеличением кратности введения (через 2 часа, через 1 час).

В 6 утра накануне операции контроль сахара. Больных оперировать непременно в первую очередь, в начале дня и в начале недели. Не брать на операцию голодного больного диабетом. Если нельзя накормить, вводить глюкозу внутривенно в сочетании и адекватной дозой инсулина. Избегать ведения морфина и эфирного наркоза.

Критерий коррекции – 8:

- сахар < 8 ммоль/л – сахароснижающие препараты не вводить;
- сахар 8-12 ммоль/л – вводить 4-6 ед инсулина или 0,5 таблетки сульфаниламидных (1 табл соответствует 8-10 -д. инсулина);
- сахар 12-16 ммоль/л – вводить 6-8 ед инсулина.

Операцию лучше проводить через 2 часа после введения инсулина, когда его действие наиболее выражено.

Задача анестезиолога – стабилизация сахара на уровне чуть выше нормогликемии, так как гипогликемия много опаснее. Крайне нежелательна артериальная гипотония. Поэтому обязательна минимизация операционной кровопотери и скорое её возмещение.

Если операция длится более 2 часов, то необходим интраоперационный контроль сахара.

Если больной плохо выходит из наркоза, то, прежде всего, исключить гипогликемию.

После операции контроль сахара должен проводиться через 3 часа и обеспечиваться введение инсулина в соответствующей дозе до самостоятельного питания. Начинать питание с киселей, каш, соков. Основные подколки инсулина перед приемом пищи. Окончательная доза устанавливается к моменту снятия швов.

В послеоперационном периоде больной должен получать не менее 100 г глюкозы (лучше 10% раствор).

Показания к переводу на инсулин: 1) некомпенсированный диабет, 2) операция на желудке, пищеводе, кишечнике, 3) длительное послеоперационное парентеральное питание.

Гипогликемия более опасна, чем гипергликемия. Это тяжелейший стресс (может быть неверная оценка у больных с длительным диабетом и измененной чувствительностью к глюкозе), так как контринсулярные гормоны вызывают спазм сосудов и, как следствие, инфаркты, инсульты.