

Способствуют гипогликемии передозировка наркотических веществ и длительное их введение в связи с продолжительной операцией, Гипогликемия ослабляет механизмы мобилизации контринсулярных гормонов. Поэтому инсулиновая гипогликемия в наркозе оказывается более длительной, чем в бодрствующем состоянии.

Клиника гипогликемии включает две группы симптомов: адренергические (психомоторное возбуждение, озноб, чувство голода, бледность и влажность кожи, тремор, сердцебиение, расширение зрачков, диплопия) и нейроглипенические (от легких психоэмоциональных до необратимых нарушений регуляции дыхания и кровообращения). Гипогликемическая кома проявляется поверхностным дыханием, гипотонией, брадикардией, гипотермией, мышечной атонией, гипо- и арефлексией. Повышение сахара в послеоперационном периоде — маркёр возникающего гнойного осложнения.

7.2. Особенности ведения больных с сахарным диабетом при гнойно-некротических процессах.

Нагноительные процессы в организме способствуют гиперадреналинемии и ацидозу и декомпенсируют диабет. Последний усугубляет течение гнойного процесса. Развивается синдром взаимного отягощения. Поэтому откладывание операции у таких больных — ошибка.

Тяжесть состояния может быть обусловлена дефицитом инсулина за счет его разрушения и снижения секреции и усиления липолиза. Процесс окисления зависит на уровне кетоновых тел. Развивается кетоацидоз. Это проявляется выраженной гипергликемией, ацетоном в моче. В результате возникают закисление крови ($\text{pH} < 7,2$) и обезвоживание (дефицит 3-4 л). Имеется запах ацетона изо рта, дыхание Куссмауля.

В связи с ишемией тканей происходит быстрое распространение гнойного очага, прогрессирование гангрены. Последняя чаще развивается по типу влажной. Чаще имеют место гангренозные формы аппендицитов, холециститов. Нарастание гнойного процесса, в свою очередь, ведет к усугублению диабета и развитию комы.

Все больные с гнойной инфекцией с сахарным диабетом должны быть госпитализированы. Предпочтительны операции ранние и превентивные. Оправдано вмешательство в стадии серозного отека.

Нельзя откладывать операцию слишком надолго. Интенсивную терапию необходимо начинать **немедленно**: инсулинотерапия, электролитная коррекция, водная коррекция под контролем уровня гликемии, ацетона, электролитов.

Послеоперационная инсулинотерапия при гнойных заболеваниях сугубо индивидуальна.

Терапия первых суток. Первая доза инсулина 16 ед. (8 ед. внутривенно и 8 ед. подкожно) с почасовым контролем сахара крови. Каждый последующий час вводить 6-8 ед. до достижения гликемии 13 ммоль/л, после чего вводить те же дозы инсулина, но через 3-4 часа. Суточная доза до 60 ед. инсулина. Полной коррекции за сутки может не наступить.