

ФГБОУ ВО "Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской
Федерации

Кафедра анестезиологии и реаниматологии ИПО

Реферат

Периоперационное ведение пациентов с сахарным диабетом.

Выполнила: Карабаева О.В.

Ординатор 2 года

Красноярск, 2019

Введение

Сахарный диабет (СД) – это группа метаболических (обменных) заболеваний, характеризующихся хронической гипергликемией, которая является результатом нарушения секреции инсулина, действия инсулина или обоих этих факторов и сопровождающаяся повреждением, дисфункцией и недостаточностью различных органов, особенно глаз, почек, нервов, сердца и кровеносных сосудов. Стресс-гипергликемия - транзиторная гипергликемия у пациента после хирургического вмешательства или в критическом состоянии без предшествующего сахарного диабета (57). Метаболический синдром – сочетание артериальной гипертензии, гипергликемии, гиперлипидемии, увеличения окружности живота. Диабетический кетоацидоз (ДКА) – требующая экстренной госпитализации острая декомпенсация СД, с гипергликемией (уровень глюкозы плазмы > 13 ммоль/л у взрослых и > 11 ммоль/л у детей), гиперкетонемией (> 5 ммоль/л), кетонурией ($\geq ++$), метаболическим ацидозом ($\text{pH} < 7,3$) и различной степенью нарушения сознания или без нее. Диабетическая нейропатия – комплекс клинических и субклинических синдромов, каждый из которых характеризуется диффузным или очаговым поражением периферических и/или автономных нервных волокон в результате СД.

При сахарном диабете необходимо определять:

- степень компенсации углеводного обмена – гликемия, ацетонурия при возможности – кетонемия
- HbA1c перед плановыми операциями, если он не был определён в предыдущие 3 месяца, гликемический профиль;
- КОС – как минимум pH и бикарбонат плазмы, электролиты (ионы калия, натрия, особенно у декомпенсированных пациентов);

- функцию почек – креатинин сыворотки крови, протеинурия, скорость клубочковой фильтрации; степень альбуминурии при стратификации риска ССЗ у пациентов с СД;

- коагулограмму (АЧТВ, МНО, тромбиновое время, тромбоциты).

Оценка контроля гликемии перед операцией Перед плановым оперативным вмешательством рекомендовано достичь контролируемого уровня гликемии. Анестезиолог перед вмешательством оценивает степень контроля гликемии - по значению гликированного гемоглобина - гликемии до операции, - оценке гликемического профиля. При наличии эпизодов гипер- или гипогликемии следует скорректировать терапию перед операцией. Высокий уровень гликемии перед оперативным вмешательством (более 11 ммоль/л), а также высокая вариабельность гликемии до операции приводит к увеличению послеоперационных осложнений и летальности. Эпизоды гипогликемии (глюкоза крови менее 3,9 ммоль/л у пациента с диабетом) также увеличивают осложнения и летальность в послеоперационный период у пациентов с сахарным диабетом. Следует отметить, что любой эпизод слабости у пациента с диабетом следует расценивать как эпизод гипогликемии (если не доказано обратное). Эпизоды гипогликемии встречаются у 40% пациентов с сахарным диабетом 1 типа, у 10 % пациентов с сахарным диабетом 2 типа на фоне приема инсулина и иногда у пациентов с сахарным диабетом 2 типа, принимающих оральные гипогликемические препараты. Причины развития - дисбаланс между недостаточным поступлением углеводов и неадекватно терапией инсулином или пероральными гипогликемическими препаратами. Частота встречаемости увеличивается в периоперационный период в связи с периоперационным голоданием, нерегулярным приемом пищи, на фоне введения гипогликемических препаратов, а также препаратов, усиливающих их действие - хинолонов, гепарина, бета-локаторов, ко-тримоксазола, а также вследствие уменьшения клиренса гипогликемических препаратов при нарушении

функции печени и почек. Во время предоперационного осмотра пациента анестезиологу следует назначить гликемический профиль и (при доступности) гликированный гемоглобин, уровень которого коррелирует со средним уровнем гликемии за несколько недель до измерения, а также отражает возможные эпизоды гипо- и гипергликемии, а также возможный кетоз

Модификация пероральной гипогликемической терапии до операции

: - прекратить прием метформина накануне вечером перед большой операцией - возобновить прием метформина через 48 часов после большого хирургического вмешательства при условии нормальной функции почек

- не прекращать прием метформина при малом или амбулаторном оперативном вмешательстве, кроме случаев почечной недостаточности - прекратить прием других пероральных гипогликемических препаратов накануне вечером перед большой операцией - не прекращать прием других пероральных гипогликемических препаратов при малом или амбулаторном оперативном вмешательстве - в случае приема сульфаниламидов или глинидов перед экстренным вмешательством следует проводить инфузию глюкозы интраоперационно