

УДК:616.379-008.64:616-089.5

**К ВОПРОСУ ОПТИМИЗАЦИИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ
ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

Платошкин Н. Э., Канус И. И.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Государственное учреждение образования

«Белорусская медицинская академия последипломного образования»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

В течение последнего десятилетия вопросы периоперационного ведения пациентов, страдающих сахарным диабетом, неоднократно пересматривались. Результаты крупных клинических исследований, формировавших основу клинических рекомендаций в этот период, оказывались абсолютно противоречивыми. Данное обстоятельство стало причиной широких дискуссий в научной среде и привело к принципиальным переменам в клинической практике.

Цель

Целью настоящего сообщения является обзор клинических рекомендаций и доказательной базы по избранным вопросам периоперационного ведения пациентов с сахарным диабетом.

Материалы и обсуждение

Рядом исследований было продемонстрировано, что повышенные значения гликированного гемоглобина HbA1c являются маркером неблагоприятных исходов у хирургических пациентов. Эти результаты явились причиной дискуссий относительно необходимости отмены оперативного вмешательства до достижения компенсации показателя. В исследованиях DCCT/EDIC (Diabetes Control and Complications Trial/Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications), UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study) было показано, что неудовлетворительный контроль гликемии является фактором, определяющим повышенную заболеваемость и смертность. Таким образом, не является удивительным факт более частых неблагоприятных исходов в группе пациентов с повышенными значениями HbA1c при любых условиях сравнения с группой оптимального контроля гликемии. В свете результатов рандомизированного проспективного исследования ACCORD (Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes), прекращенного по причине повышенной на 1,4 % смертности в течение 4-х месячного периода в группе интенсивного контроля, в которой проводилось быстрое снижение HbA1c, не рекомендуется отмена оперативного вмешательства с целью коррекции данного показателя [1].

Необходимость отмены метформина перед оперативным вмешательством с целью предотвращения развития лактат-ацидоза была оспорена по результатам ретроспективного исследования, проведенного Duncan et al. Всего в исследование было включено 1284 пациента, страдающих сахарным диабетом. Сравнивая группу пациентов, принимавших метформин за 8–24 часа до оперативного вмешательства с группой, принимавшей другие гипогликемизирующие средства, исследователи отметили снижение частоты ряда осложнений и смертности в группе метформина. В дальнейшем работа была подвергнута жесткой критике со стороны других исследователей; главным объектом критики явилась статистическая обработка и интерпретация полученных в исследовании данных [2].

Проспективное рандомизированное исследование, проведенное Ven den Berghe et al., включившее 1548 пациентов хирургического профиля, находящихся в отделении интенсивной терапии, продемонстрировало значительное снижение заболеваемости и смертности в

группе интенсивного («жесткого») контроля гликемии (80–110 мг/дл) по сравнению с группой консервативного («мягкого») контроля (180–200 мг/дл) [3]. Публикация результатов исследования стала причиной внесения изменений в клинические рекомендации и протоколы.

В недавно закончившемся многоцентровом исследовании NICE-SUGAR (Normoglycemia in Intensive Care Evaluation and Survival Using Glucose Algorithm Regulation), включившем 6104 пациента отделений интенсивной терапии, были получены противоположные результаты: смертность в группе интенсивного контроля гликемии (81–108 мг/дл) оказалась выше по сравнению с группой консервативного контроля (144–180 мг/дл). Полученные данные стали причиной повторного каскада изменений клинических рекомендаций и протоколов. Как отмечает Американская диабетическая ассоциация, причина противоречия результатов указанных исследований неизвестна [4].

Мета-анализ 26 исследований (13567 пациентов), включивший также результаты исследования NICE-SUGAR, показал, что относительный риск смерти при интенсивной инсулинотерапии составляет 0,93 по сравнению с группой консервативной терапии (95 % ДИ 0,83–1,04). Выделение среди включенных в анализ пациентов отделений интенсивной терапии группы хирургического профиля позволило сделать вывод о преимуществах интенсивной инсулинотерапии в этой группе (относительный риск 0,63 (95 % ДИ 0,44–0,91)). В то же время для пациентов нехирургического профиля преимуществ последней продемонстрировано не было [4].

В вопросе выбора метода анестезиологического обеспечения рядом авторов отмечаются преимущества эпидуральной анестезии по сравнению с общей. Показано, что применение эпидуральной анестезии обеспечивает меньшую стимуляцию симпатической нервной системы, меньшие уровни катехоламинов и, как следствие, менее выраженную гипергликемию [5]. При этом в российских «Алгоритмах специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом» (2009), отмечается, что «при диабетической вегетативной нейропатии высокая эпидуральная и высокая спинальная анестезия противопоказаны».

Заключение

Таким образом, приведенные данные показывают противоречивость существующих рекомендаций по периоперационному менеджменту больных сахарным диабетом, которые можно отразить в образном выражении Ravi K. Kancha и Manish Relan (2008): «Контроль гипергликемии в периоперационном периоде остается и наукой, и искусством».

ЛИТЕРАТУРА

1. *Sheehy, A. M.* An overview of preoperative glucose evaluation, management, and perioperative impact / A. M. Sheehy, R. A. Gabbay // *J. Diabetes Sci Technol.* — 2009. — № 3(6). — P. 1261–1269.
2. *Martinez, E. A.* Thinking like a pancreas: perioperative glycemic control / E. A. Martinez, K. A. Williams, P. J. Pronovost // *Anesth Analg.* — 2007. — Vol. 104(1). — P. 4–6.
3. Intensive insulin therapy in critically ill patients / G. Van den Berghe [et al.] // *N Engl J Med.* — 2001. — Vol. 345(19). — P. 1359–1367.
4. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes — 2010 // *Diabetes Care* January. — 2010. — Vol. 33. — P. 11–61.
5. *Luigi, F. Meneghini.* Perioperative management of diabetes: Translating evidence into practice / F. Luigi // *Cleveland Clinic Journal of Medicine.* — 2009. — Vol. 76, № 1(4). — P. 53–59.

УДК 616.33/34-006:614.2

АЛГОРИТМ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМИ С ПРЕДОПУХОЛЕВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Платошкин Э. Н.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Канцерпревенция в гастроэнтерологии основана на понятии «предраковое заболевание», к которым относят полипы желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), хронический ат-