

пенсації ЦД. Підготовка хворих на ЦД до операції не може бути стандартною, слід розширювати показання до її проведення. У післяопераційному періоді у таких хворих слід дотримуватись активної тактики, спрямованої на запобігання розвитку ускладнень.

Висновки.

1. При розвитку гострих хірургічних захворювань на фоні цукрового діабету має місце взаємне поважчення їх перебігу.

2. У хворих на діабет та гострі хірургічні захворювання слід розширювати показання до передопераційної підготовки.

3. З метою профілактики післяопераційних ускладнень ефективним є застосування оксигенобаротерапії, комплексної детоксикаційної терапії та активного дренивання рани.

Література. 1. Павловський М.П., Орел Г.Л., Шахова Т.І. та ін. Невідкладні релапаротомії при гнійно-септичних ускладненнях операцій на органах черевної порожнини // Гнойно-септические осложнения в неотложной хирургии. Тез. докл. - Харьков, 1995. - С. 76 - 77. 2. Щербак А.В. Патология органов и систем при сахарном диабете. К.: Здоров'я, 1989. - 152 с. 3. Wittmann D.H. Operative and nonoperative therapy of intraabdominal infection // Infection. - 1998. - V.26, № 5. - P. 402 - 407.

SOME ASPECTS OF PREVENTING POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN ACUTE SURGICAL DISEASES IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

F.V.Grynychuk, V.P.Kozak, V.V.Andriiets

Abstract. A combination of acute surgical diseases and diabetes mellitus results in a mutual aggravation of their course, entailing a greater number of postoperative complications et has been recommended to expand demonstrations prior to preoperative preparation, using oxygenobarotherapy, complex detoxication measures, active wound drainage.

Key words: acute surgical diseases, diabetes mellitus, treatment.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Надійшла до редакції 24.01.2002 року

УДК 616.34 - 008.64 - 07

А.М.Гринчук

КЛІНІКО – ЛАБОРАТОРНІ ПАРАЛЕЛІ ПРИ ГОСТРІЙ КИШКОВІЙ НЕПРОХІДНОСТІ

Кафедра факультетської хірургії, ЛОР та очних хвороб (зав. - проф. І.Ю. Полянський)
Буковинської державної медичної академії.

Резюме. Представлені результати порівняльного аналізу клініко - лабораторних критеріїв 73 хворих на гостру кишкову непрохідність, з яких у 32 - мали місце різні супутні захворювання. Встановлено, що тяжкість перебігу кишкової непрохідності зумовлена не лише характером ураження кишки та наявністю ускладнень, але й характером супутньої патології.

Ключові слова: гостра кишкова непрохідність, діагностика.

Вступ. Гостра кишкова непрохідність (ГКН) - одна з найактуальніших проблем абдомінальної хірургії. Це зумовлено тим, що летальність при цьому захворюванні коливається від 15% до 52% [3,4,5]. В останні роки змінився перебіг ГКН, зросла частота різних ускладнень. Однією з причин цього є те, що ГКН все частіше виникає на фоні супутньої патології [1]. Однак існуючі класифікації захворювання враховують лише особливості етіологічного фактора, рівень непрохідності та наявність ускладнень [3,4]. Водночас відомо, що поєднана патологія, коли одне

із захворювань стає фоном, на якому розвивається інше, є специфічним станом із характерними механізмами та клінічними проявами [2]. Це потребує дослідження особливостей клініки та діагностики ГКН на фоні супутніх захворювань та розробки на цій основі ефективної лікувальної тактики.

Мета дослідження. Визначити особливості клініки та діагностики ГКН на фоні супутньої патології на підставі аналізу клініко – лабораторних показників.

Матеріал і методи. Клінічний матеріал склали 73 хворих на ГКН віком від 20 до 82 років. Серед них чоловіків було 33 (45,21%), жінок - 40 (54,79%). Всі пацієнти були прооперовані. Причинами, що викликали ГКН, були: защемлені грижі - 35; злукова хвороба - 26; завороти - 3; інвагінації - 2; інше - 7. У 32 хворих діагностовані наступні супутні захворювання: ішемічна хвороба серця - 15; хронічний бронхіт - 5; цукровий діабет - 5; хронічний пієлонефрит - 4; хронічний гломерулонефрит - 2; залізодефіцитна анемія - 5; бронхіальна астма - 3; злоякісні пухлини - 4; системні захворювання сполучної тканини - 2; 9 хворих мали два і більше супутніх захворювання.

Хворі були розділені на групи: I група - 14 хворих, у яких суттєвих морфофункціональних змін стінки кишки не виявлено; II група - 13 хворих, у яких зміни кишкової стінки носили переважно функціональний характер, але життєздатність кишки не викликала сумнівів; III група - 15 хворих, у яких виявлені суттєві морфофункціональні зміни кишки; IV група - 12 хворих, у яких мали місце глибокі морфологічні зміни кишкової стінки, що призвело до некрозу; V група - 19 хворих із некрозом кишки і явищами розлитого перитоніту.

Визначали: загальний аналіз крові, коагулограму, іонограму, лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ), індекс імунологічної реактивності (ІР), індекс резистентності організму (ІРО).

Результати дослідження та їх обговорення. Загальна кількість лейкоцитів у хворих II групи була вірогідно вищою, ніж у хворих I групи. Водночас статистично вірогідної відмінності цього показника між II та III, III та IV групами не виявлено (рис. 1). Абсолютна кількість паличкоядерних нейтрофілів (ПАН) змінювалася більш вірогідно. У II групі цей показник майже в чотири рази переважав такий у I, а в IV - втричі у порівнянні з I (рис. 2). Це свідчить про більш високу його інформативність у діагностиці деструктивних змін.

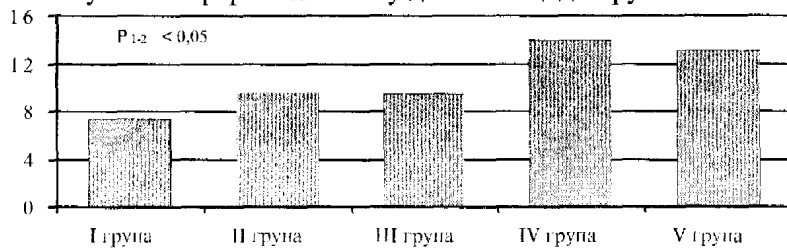


Рис. 1. Загальна кількість лейкоцитів у периферичній крові хворих на гостру кишкову непрохідність (x 10⁹/л).

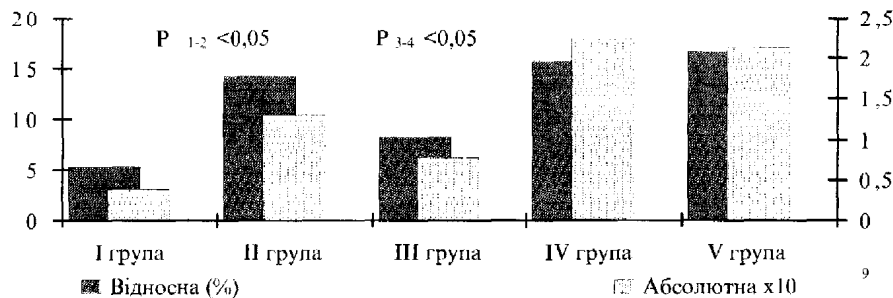


Рис. 2. Кількість паличкоядерних нейтрофілів у периферичній крові хворих на гостру кишкову непрохідність.

Абсолютна кількість лімфоцитів змінювалася так: у II групі її параметри практично не змінювалися, у III групі цей показник зростав, у IV групі сягав найвищого рівня, а в V групі - зменшувався (рис. 3).

Вміст сегментоядерних нейтрофілів і моноцитів коливався невірогідно. Рівень загального білка, білірубіну та глюкози при поступленні у всіх групах знаходився в межах норми.

Концентрація сечовини у хворих перших трьох груп була на верхній межі норми, а в IV та V групах відмічалася її зростання. Рівень креатиніну у хворих перших трьох груп був у межах норми, а в V групі відмічалася збільшення його концентрації (рис. 4).

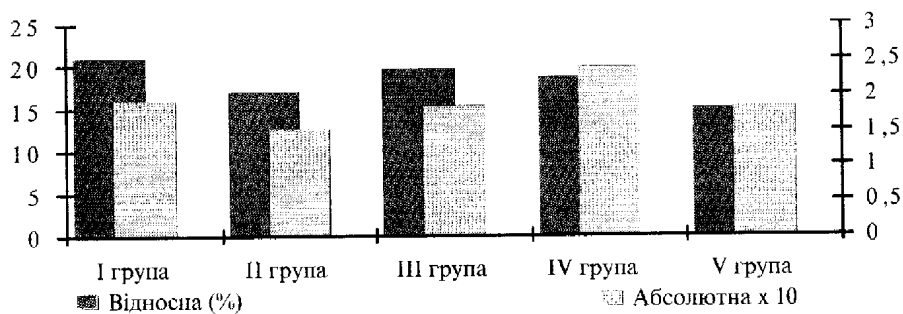


Рис. 3. Кількість лімфоцитів у периферичній крові хворих на гостру кишкову непрохідність.

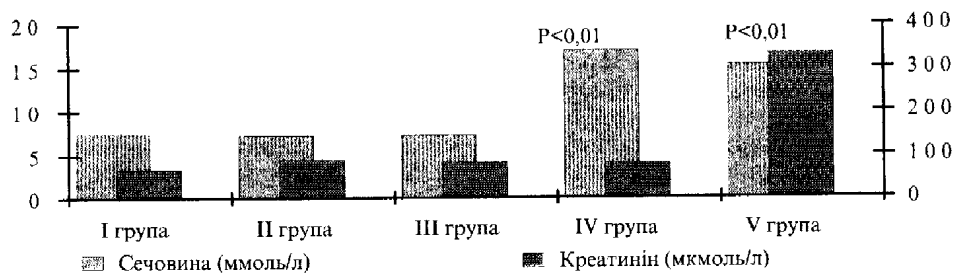


Рис. 4. Концентрація сечовини та креатиніну у плазмі хворих на гостру кишкову непрохідність.

Рівень іонів калію вірогідно зростає в міру поглиблення деструктивних змін. Паралельно відмічена зворотна тенденція вмісту іонів натрію, найнижчі показники якого спостерігались у IV групі (рис. 5).

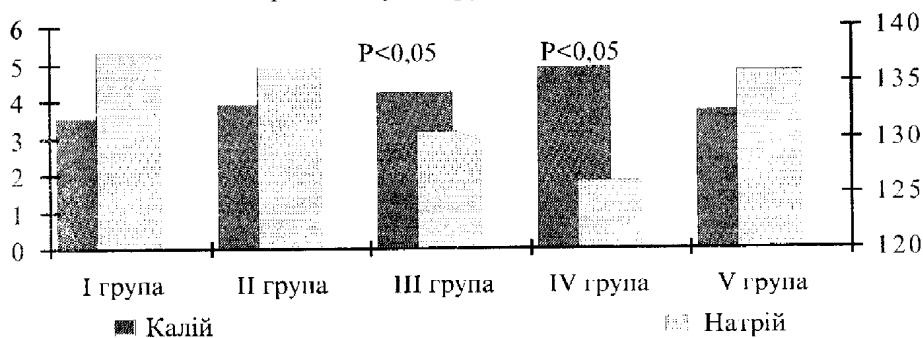


Рис. 5. Вміст іонів калію та натрію (ммоль/л) у плазмі хворих на гостру кишкову непрохідність.

При дослідженні коагулограми встановлено (таблиця) значне пригнічення згортальної системи крові, зворотно - пропорційне глибині морфологічних порушень у стінці кишки.

Таблиця

Показники коагулограми у хворих на гостру кишкову непрохідність

Показник	I група	II група	III група	IV група	V група
	M ± m	M ± m	M ± m	M ± m	M ± m
Протромбіновий індекс (%)	86,97 ± 3,74	88,15 ± 1,05	87,26 ± 8,20	94,1 ± 5,9	91,35 ± 5,48
Час рекальцифікації (сек)	82 ± 12,17	88,25 ± 6,30	89 ± 25,19	149,5 ± 94,5	120 ± 21,21
Толерантність плазми до гепарину (сек)	463 ± 64,49	443,33 ± 44,09	491,7 ± 80,85	345,0 ± 25,0*	515,25 ± 73,65*
Фібриноген (г/л)	3,49 ± 0,59	3,33 ± 0,56	4,53 ± 0,378	2,77 ± 0,33*	3,72 ± 0,64*

Примітка. *- коефіцієнт вірогідності P між прилеглими групами < 0,05 (наведені тільки статистично вірогідні відмінності між прилеглими групами)

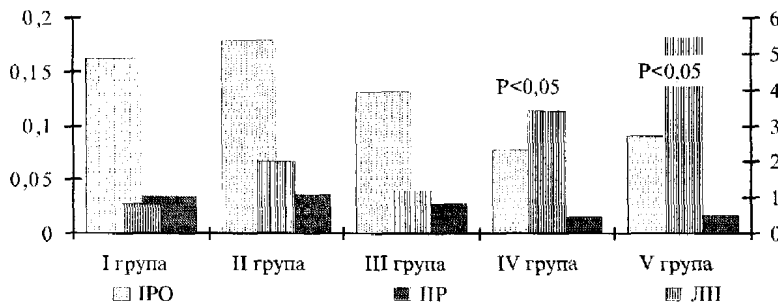


Рис. 6. Показники ЛП, IPO, ІР у хворих на гостру кишкову непрохідність.

ЛП вірогідно зростає по мірі прогресування деструктивних процесів в ураженій ділянці кишки. Різке підвищення цього показника мало місце у хворих V групи. IPO вірогідно змінювався у хворих перших чотирьох груп. Така ж вірогідна закономірність характерна для ІР.

Таким чином, проведені дослідження дають змогу стверджувати, що глибина порушень гомеостазу, які визначають тяжкість стану хворого, зумовлена не лише причиною та локалізацією непрохідності, характером розповсюдженості деструктивних процесів в ураженій ділянці кишки та наявними ускладненнями, але й впливом супутньої патології, яка викликає порушення в різних системах, що забезпечують гомеостаз. Це потребує вдосконалення існуючої класифікації ГКН.

Окремі лабораторні показники мають різну інформативність у діагностиці патологічних процесів при ГКН. Вплив супутньої патології та наявність ускладнень зумовлює значну індивідуальну варіабельність більшості лабораторних параметрів. Це свідчить про необхідність пошуку комплексних діагностичних критеріїв та розробки нових інформативних методів діагностики порушень у різних системах і органах, які визначають тяжкість стану хворого.

Висновки.

1. Клінічна маніфестація ГКН визначається не лише характером основного процесу та ускладнень.
2. Супутня патологія при ГКН поглиблює порушення гомеостазу, змінює клініко - лабораторні її прояви.

Література. 1. Павловський М.П., Орел Г.Л., Шахова Т.І. та ін. Невідкладні релапаротомії при гнійно - септичних ускладненнях операцій на органах черевної порожнини // Гнойно - септичне ускладнення в неотложной хирургии: Тез. докл. науч.- практ. конф. хирургов Украины 12 - 14 апреля 1995.- Харьков, 1995. С. 76 -77. 2. Поляський Л.Ю. Поєднана гостра хірургічна патологія як проблема сучасної хірургії // Бук. мед. вісник.-1999.-№3-4.- С. 67 - 72. 3. Тамм Т.И., Ибитов Ш.Ф., Тимофеев В.В., Сулейтов А.К. Возможности дифференцированной диагностики тонкокишечной непроходимости // Клини. вопросы хирургии. Тез. докл.- Харьков, 1994.- С. 87 - 88. 4. Dietz D.W., Laureti S., Strong S.A. et al. Safety and longterm efficacy of stricturoplasty in 314 patients with obstructing small bowel Crohn's disease // J. Am. Coll. Surg.- 2001.- V. 192, № 3.- P. 330 - 337. 5. Sherer D.M., Abulafia O. Postcesarean small bowel volvulus. Case report and review of the literature // Gynecol. Obstet. Invest.- 2001.- V. 51, № 1.- P. 69 - 72.

CLINICO - LABORATORY PARALLELS IN ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION

A.M.Grynchuk

Abstract. The results of a comparative analysis of the clinico - laboratory criteria of 73 patients with acute intestinal obstruction are presented. Different accompanying diseases were observed in 32 out of 73 patients. It was established that the severity of the intestinal obstruction course was due to not only the character of intestinal pathology and the presence of complications, but by the character of concomitant pathology as well.

Key words: acute intestinal obstruction, diagnostics.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Надійшла до редакції 24.01.2002 року