

Радикальні оперативні втручання виконані у 92 хворих (86,5%) (табл).

Післяопераційні ускладнення відмічені у 6 хворих (5,6 %), з них: нагноєння післяопераційної рани – 1 випадок, пневмонія – 1, атонія шлунка – 1, реперфорация виразки, перитоніт – 1, підліафрагмальний абсцес – 1, розрив печінки, внутрішньочеревна кровотеча – 1. Летальних випадків не було.

Висновки.

1. При розлитому перитоніті внаслідок проривної пілородуоденальної виразки, якщо з моменту перфорации пройшло не більше 18 год, ступінь ендотоксикозу та вираженість запальних змін в очеревинній порожнині дозволяють виконати радикальну операцію.

2. Вибір об'єму операції при проривних пілородуоденальних виразках повинен базуватися на оцінці вираженості патологічних змін у зоні перфорации та виразкової інфільтрації, тяжкого фізичного стану хворого.

Література. 1. *Кульчев А.А., Дзасохов С.В.* Современные способы хирургического лечения перфоративной пилородуоденальной язвы // Кліні. хірургія. – 1992. – № 1. – С.43–45. 2. *Курыгин А.А., Перегудов С.Н., Гудуа Н.В.* Хирургическое лечение больных с перфоративными язвами желудка и ДПК // Вест. хирургии. – 1998. – №4. – С.24–27. 3. *Репин В.Н., Вазгомет А.О., Осоловский Г.А.* Хирургическое лечение больных с перфоративными гастродуоденальными язвами // Вест. хирургии. – 1999. – № 3. – С.61–62. 4. *Ольшанецкий А.А., Кириченко Б.Б., Канустин А.Г., Чайка О.О.* Радикальная операция метод выбора при перфоративной язве желудка и двенадцатиперстной кишки // Кліні. хірургія. – 1991. – № 4. – С.12–15. 5. *Штрапов А.А., Курыгин А.А.* Ваготомия при перфоративной язве ДПК, усладненой перитонітом // Вест. хирургии. – 1989. – №8. – С.16–20. 6. *Численко Н.В.* Выполнение органосохраняющих операций в сочетании с ваготомией по поводу перфоративной пилородуоденальной язвы пилородуоденальной зоны // Кліні. хірургія. – 1998. – № 5. – С.40–41.

RADICAL OPERATIVE MEASURES IN PERFORATED PYLORODUODENAL ULCERS IMDES CONDITIONS OF PERITONITIS

I.Ya. Dziubanovskiy, E.V. Remeziuc

Abstract. In an experiment on 140 albino rats the course of peritonitis has been investigated, depending on the level and periods of perforation of the gastrointestinal tract. Indications making a radical operation in 106 patients are in case of perforated pyloroduodenal ulcers under conditions of generalised peritonitis, taking into consideration the degree of a surgico-anesthesiologica risk.

Key words: perforated ulcer, peritonitis, radical operation.

I.Ya. Jorbachevskiy State Medical Academy (Ternopil)

Надійшла до редакції 17.01.2002 року

УДК 616.346.2-002

Ф.В.Гринчук

КЛІНІКО – ЛАБОРАТОРНІ ПАРАЛЕЛІ ПЕРИТОНІТУ АПЕНДИКУЛЯРНОГО ГЕНЕЗУ НА ФОНІ СУПУТНІХ ЗАХВОРЮВАНЬ

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

Резюме. Проведений порівняльний аналіз клініко – лабораторних параметрів 69 хворих на гострий апендицит та таких із супутніми захворюваннями. Встановлено, що останні суттєво змінюють основні діагностичні критерії, знижують їх цінність. У хворих на гострий апендицит із супутніми захворюваннями значно важче проходить післяопераційний період, частіше розвиваються ускладнення.

Ключові слова: гострий апендицит, супутні захворювання, діагностика.

Вступ. Клінічні прояви та перебіг захворювання можуть змінюватися до невпізнанності під впливом фону, на якому воно розвивається. Яскравим прикладом такого патоморфозу є особливості клініки гострого апендициту (ГА) у дітей, осіб літнього віку та вагітних [1,5,7]. Це пов'язується лише із певними фізіологічними станами. Щодо розвитку ГА на фоні інших захворювань, то таке поєднання розглядається частіше, як проста сумація двох патологічних процесів. У той же час відомо [3], що поєднана патологія (ПП) є окремим, специфічним станом із притаманними їй механізмами, які обумовлюють особливості клінічних проявів. Враховуючи високу частоту захворюваності на ГА, актуальними є дослідження особливостей його перебігу, діагностики та лікування на фоні супутньої патології (СП), яка дедалі частіше трапляється у практиці [2,6].

Мета дослідження. Виявити шляхом порівняльного аналізу клініко – лабораторних показників особливості перебігу та діагностики ГА в осіб із СП.

Матеріал і методи. Клінічний матеріал склали 69 хворих на ГА віком від 15 до 78р, серед яких було 25 (36,23%) чоловіків та 44 (63,77%) жінки. У 38 (55,07%) пацієнтів діагностовані супутні захворювання: ішемічна хвороба серця – 16, залізодефіцитна анемія – 4, поліартрит – 2, запальні захворювання матки та придатків – 4, гіперплазія простати – 7, цукровий діабет – 2, туберкульоз – 2, неспецифічні бронхо – легеневі запальні захворювання – 3, хронічний пієлонефрит – 3, нейроциркуляторна дистонія – 2, церебральний атеросклероз – 2, хронічний гепатит – 2, інші – 12. У 18 пацієнтів діагностовано 2 і більше супутніх захворювань.

Хворі були розподілені на групи: 1-ша – із катаральним ГА (8); 2-га – із катаральним ГА на фоні СП (10); 3-тя – із флегмонозним та гангренозним ГА (14); 4-та – із флегмонозним та гангренозним ГА на фоні СП (19); 5-та – із ГА, ускладненим місцевим перитонітом (6); 6-та – із ГА, ускладненим місцевим перитонітом на фоні СП (5); 7-ма – із ГА, ускладненим дифузним перитонітом (3); 8-ма – із ГА, ускладненим дифузним перитонітом на фоні СП (4).

Виразеність клінічних симптомів оцінювали в балах – від 0 до 4. Вивчали загальний та біохімічний аналізи крові, визначали лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ), індекс реактивності організму (ІРО) та індекс імунологічної реактивності (ІІР) [1].

Результати дослідження та їх обговорення. Встановлено, що в різних групах суттєво відрізнявся час, що пройшов від початку захворювання до звертання за медичною допомогою. Так, у 1-й групі він склав $18,38 \pm 3,79$ год., у 2-й – $25,20 \pm 7,39$, у 3-й – $23,23 \pm 4,33$, у 4-й – $30,74 \pm 7,71$, у 5-й – $54,40 \pm 13,18$, у 6-й – $81,40 \pm 32,87$, у 7-й – $40,01 \pm 4,16$, у 8-й – $123,00 \pm 39,91$ год. Привертає увагу, що показники були щоразу вищими у хворих на ГА із СП. При цьому значно пізніше зверталися пацієнти, які мали 2 і більше супутніх захворювань, особливо суб- і декомпенсовані. Характерно, що жінки, хворі на катаральний ГА та гінекологічну патологію, а також на ускладнений ГА, зверталися значно пізніше за таких, що хворіли на деструктивний ГА та гінекологічну патологію. Нами не виявлено чіткої залежності між віком пацієнтів та терміном звертання за допомогою.

При аналізі симптомів ГА виявлено, що у 1-, 3-, 5-, 7-й групах у більшості випадків (77,31%) вони відповідали типовій картині захворювання.

У 2-й групі сильний локальний біль у животі відмічали шестеро хворих, а розлитий – один. Інші визначили біль як помірний. У 4-й групі лише у чотирьох пацієнтів біль був дуже сильним, трієс скаржилися на розлитий, а один – на незначний біль. У 6-й та 8-й групах симптоматика відрізнялася різноманітністю. Слід відмітити, що за наявності СП невиражений біль мав місце у молодих пацієнтів. Відповідно до скарг спостерігалися коливання вираженості об'єктивних симптомів. Слід відмітити, що найбільш постійними і вираженими були симптоми подразнення парієтальної очеревини.

Значні відмінності виявлені при аналізі лейкоцитарної формули. Так, загальна кількість лейкоцитів була значно нижчою у групах хворих на ГА із СП (рис. 1 А). З подібною закономірністю (рис. 1 Б) відрізнялася відносна кількість паличкоядерних нейтрофілів (ПЯН). Суттєвих міжгрупових відмінностей серед інших складових лейкоцитарної формули ми не виявили. Але слід зазначити, що відносний вміст еозинофілів, лімфоцитів та моноцитів у цілому знижувався від 1-ї до 8-ї групи.

Більшість біохімічних показників у всіх групах були в межах норми. У 4-й групі вищим був рівень глюкози ($9,23 \pm 3,49$ ммоль/л), що пояснюється присутністю двох хворих на цукровий діабет. У 8-й групі цей показник склав $7,02 \pm 1,10$.

У 4-й та 6-й групах вміст загального білірубину склав $26,54 \pm 9,82$ та $25,76 \pm 8,58$ мкмоль/л відповідно, за рахунок непрямого. Слід зазначити, що у двох хворих на хронічний гепатит, віднесених до вказаних груп, загострення захворювання не спостерігалось і при контрольних обстеженнях показники білірубину нормалізувались.

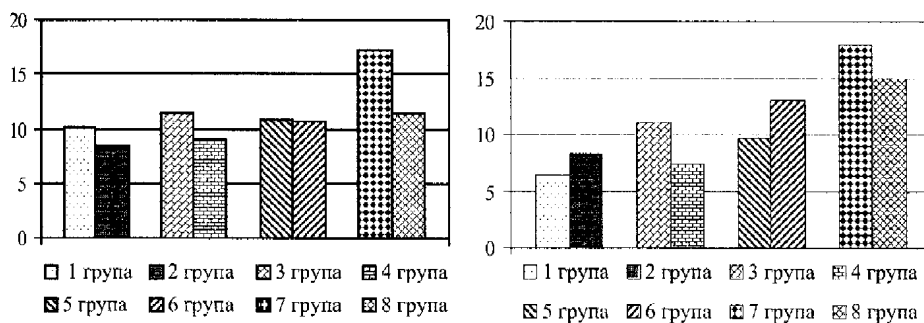


Рис. 1 Деякі показники загального аналізу крові: А - лейкоцити ($\times 10^9$), Б - паличкоядерні нейтрофіли (%).

У групах хворих на ГА із СП мало місце деяке зменшення протромбінового індексу, найбільш виражене у 8-й групі ($81,06 \pm 1,6$ %). Характерно також, що значно вищим у цих групах був гематокрит, навіть за відсутності перитоніту.

При аналізі ЛШ характерних закономірностей ми не виявили, хоча у 2-й групі показник значно переважав такий у першій ($4,53 \pm 2,77$ проти $1,56 \pm 0,32$).

Суттєві відмінності мали місце у показниках ІРО та ІР (рис. 2), які були щоразу нижчими у паралельних групах і, в цілому, знижувалися від 1-ї до 8-ї групи. Це свідчить про значне зниження імунологічної реактивності та, особливо, неспецифічної резистентності у пацієнтів із СП.

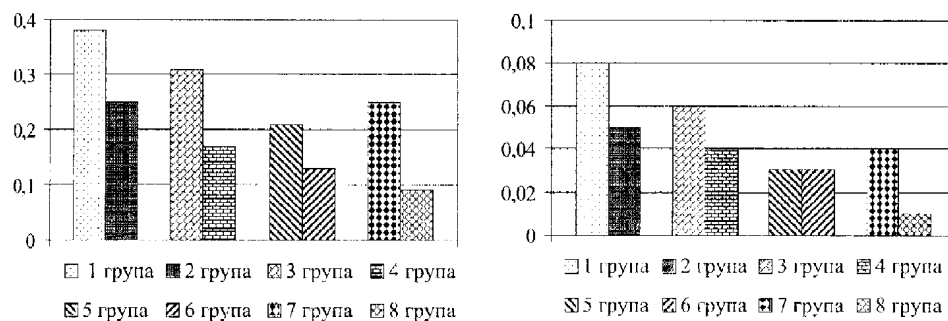


Рис. 2 Показники індексу реактивності організму (А) та індексу імунологічної резистентності (Б).

Таким чином, проведений аналіз дозволяє дійти висновку, що у хворих на ГА із СП мають місце суттєві відмінності основних клініко – лабораторних критеріїв ГА, її невідповідність морфологічним змінам та наявним ускладненням, що знижує цінність основних діагностичних параметрів. Наслідком цього є те, що четверо пацієнтів із СП, за якими вели спостереження протягом 10 – 72 год були оперовані лише з причини явищ перитоніту, що наростали.

При поєднаній патології (ПП) мають місце початкові прояви напруги пристосування – компенсаторних систем, зменшення реактивності та резистентності. Не лише СП впливає на перебіг ГА, але й розвиток останнього може призводити до зміни перебігу супутніх захворювань.

У післяопераційному періоді також спостерігалися відмінності клініко – лабораторних показників. У хворих на ГА із СП довше утримувався біль у післяопераційній рані. Частіше розвивався стійкий парез кишечника, що вимагало застосування відповідних лікувальних заходів. Тривалий час зберігалася підвищена температура тіла.

Неоднозначними були зміни лабораторних параметрів. У 1-, 3-, 5-й групах показники переважно нормалізувалися протягом 3 – 4 діб, а в 7-й групі – на 7 – 9-ту добу.

У 2-й групі загальна кількість лейкоцитів нормалізувалась лише на 7 – 8-му добу (рис. 3 А). В 4-, 6-, 8-й групах мали місце хвилеподібні зміни показника зі значним підйомом у період від 7-ї до 15-ї доби.

Подібні закономірності мали місце у динаміці вмісту ПЯН (рис. 3 Б). Зміни вмісту еозинofilів та моноцитів мали зворотну закономірність (рис. 3 В, Г). Це дозволяє дійти висновку, що у хворих на ГА із СП після операції має місце тривалий запальний процес [4].

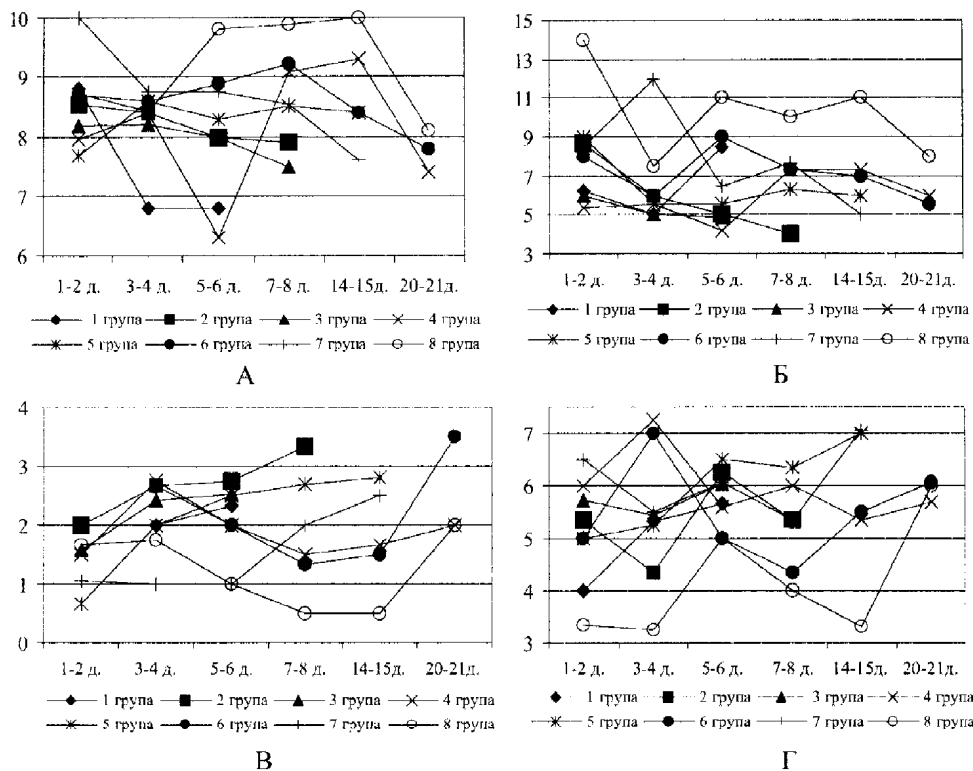


Рис. 3 Динаміка деяких показників загального аналізу крові у післяопераційному періоді:
 А - лейкоцити ($\times 10^9$), Б - паличкоядерні нейтрофіли (%),
 В - еозинофіли (%), Г - моноцити (%).

Це супроводжується відповідними змінами неспецифічної резистентності та імунореактивності, що підтверджується характером змін ІРО та ІР (рис. 4). Привертає увагу значне й тривале зниження показників у 8-й групі.

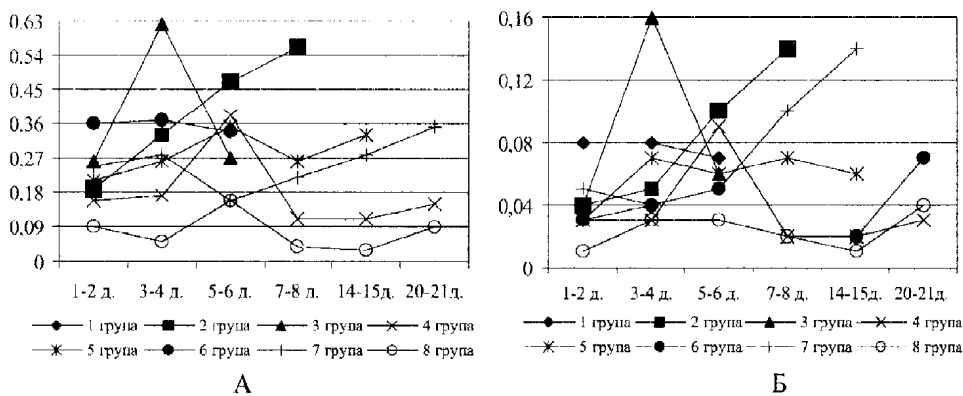


Рис. 4 Динаміка показників індексу реактивності організму (А) та індексу імунологічної резистентності (Б) в післяопераційному періоді.

Більш важкий перебіг післяопераційного періоду у хворих на ГА із СП підтверджується тривалістю стаціонарного лікування. У 1-й групі середній ліжко-день склав $6,37 \pm 0,26$ дня, у 2-й – $8,20 \pm 0,36$, у 3-й – $7,77 \pm 1,05$, у 4-й – $15,22 \pm 4,99$, у 5-й – $10,67 \pm 1,63$, у 6-й – $15,00 \pm 3,21$, у 7-й – $15,33 \pm 1,76$, у 8-й – $12,21 \pm 2,58$ дня. За наявності СП частіше розвивалося нагноєння післяопераційної рани – 7 (18,42%) випадків проти 2 (6,45%). У двох хворих на ГА із ПП у зв'язку з інтраабдомінальними ускладненнями виконувалась релапаротомія.

Таким чином, наявність СП впливає не лише на клінічні прояви ГА, але й на процеси післяопераційного відновлення. При різних варіантах ПП мають місце

відмінності післяопераційного перебігу. Значна індивідуальна мінливість ряду показників поряд із виявленими закономірностями вказує на різні варіанти або групи поєднаної патології, що потребує подальшого вивчення.

Висновки.

1. Наявність супутньої патології суттєво змінює клініко – лабораторні прояви гострого апендициту, знижує цінність стандартних діагностичних критеріїв.

2. Процеси відновлення у післяопераційному періоді у хворих на гострий апендицит із супутньою патологією сповільнені, що зумовлено зниженням імунореактивності та неспецифічної резистентності та призводить до зростання частоти розвитку післяопераційних ускладнень.

3. Закономірності розвитку поєднаної патології слід враховувати при лікуванні хворих на гострий апендицит.

Література. 1. *Гострі хірургічні захворювання органів черевної порожнини* / І.Ю.Полянський, Б.О.Мільков, Ф.В. Гринчук та ін. Під ред. І.Ю. Полянського.- Чернівці, 1999.- 208 с. 2. *Павловський М.П., Орел Г.Л., Шахова Т.І. та ін.* Невідкладні релапаротомії при гнійно - септичних ускладненнях операцій на органах черевної порожнини // Гнійно - септические осложнения в неотложной хирургии: Тез. докл. науч.- практ. конф. хирургов Украины 12 - 14 апреля 1995.- Харьков, 1995. С. 76 -77. 3. *Полянський І.Ю.* Поєднана гостра хірургічна патологія як проблема сучасної хірургії // Бук. мед. вісник.- 1999.- Т. 3, № 3 - 4.- С. 67 - 72. 4. *Острый разлитой перитонит* / Под ред. А.И. Струкова, В.И. Петрова, В.С. Паукова.- М.: Медицина.- 1974.- 224 с. 5. *Ротков И.Л.* Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците.- М.: Медицина, 1988.- 208 с. 6. *Gobbi S., Sarli L., Violi V., Roncoroni L.* Laparoscopically assisted treatment of acute abdomen in systemic lupus erythematosus // Surg. Endosc. – 2000. – V. 14, № 11. – P. 1085 – 1086. 7. *Zielke A., Sitter H., Rampp T.A.* Validation of a diagnostic scoring system (Ohmann score) in acute appendicitis // Chirurg. – 1999. – V. 70, № 7. – P. 777 – 783.

CLINICAL AND LABORATORY COMPARISONS OF PERITONITIS WHICH DEVELOPED IN CONSEQUENCE OF ACUTE APPENDICITIS ON BACKGROUND OF ACCOMPANYING DISEASES

F.V.Grynychuk

Abstract. The benchmark analysis of clinical and laboratory parameters of 69 patients with acute appendicitis and such with accompanying diseases there was organized. It is revealed that last greatly changed the main diagnostic criterion, reduce their value. Vastly heavy ran postoperative period, complications developed more often.

Key words. Acute appendicitis, accompanying diseases, diagnostics.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Надійшла до редакції 23.01.2002 року