

2. У хворих на КХ, що перенесли лапароскопічну холецистектомію, на третю добу після операції відмічається позитивна динаміка змін показників функціонального стану печінки, нирок та системи регуляції агрегатного стану крові, однак, навіть за умов виконання лапароскопічної холецистектомії не спостерігається повного відновлення зазначених змін.

Література. 1. *Бабичин В.В., Зезин В.П.* Холецистэктомия из минилапаротомного доступа // Хирургия. – 1998. – №12. – С.28-29. 2. *Борисов А.Е., Левин Л.А., Земляной В.П.* Печеночно-пузырные желчные ходы при лапароскопической холецистэктомии // Казан. мед. журн. – 1994. – №2. – С.97-98. 3. *Ермолов А.С., Жирахович И.А., Норман И.М.* Эндоскопические методы в диагностике и лечении механической желтухи неопухолевого генеза // Хирургия. – 1987. – №7. – С.58-62. 4. *Касумьян С.А., Новиков Ю.Г., Варчук О.Д.* Холецистэктомия с применением плазменного скальпеля // Хирургия. – 1997. – №9. – С.30-32. 5. *Русин В.И., Шницер Р.И., Переста Ю.Ю.* Усладнення як наслідок виконання лапароскопічної холецистектомії // Клін. хірургія. – 1996. – №8. – С.46-47. 6. *Скомаровский А.Ц., Малиновский Ю.Ф., Скомаровский А.А.* Выполнение холецистэктомии с применением минимального доступа // Клін. хірургія. – 1997. – №7-8. – С.104-105. 7. *Шалимов А.А., Ничитайло М.Е., Дяченко В.В.* Лапароскопическая холецистэктомия и холецистэктомия с использованием минимального доступа в лечении патологии желчного пузыря // Харьк. мед. журн. – 1995. – №3-4. – С.34-35. 8. *Ericksson R.A., Carlsson B.* The Role of Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography in Patients With Laparoscopic Cholecystectomies // Gastroenterology. – 1995. – V.109, №1. – P.252-263. 9. *Huguier M., Rostoucher P., Houny S.* Cholecystectomy: the cost of surgery // Ann. Surg. – 1991. – Vol. 45. – P.17-21.

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF LAPAROSCOPE AND LAPAROTOMIC CHOLECYSTECTOMY OF DISEASED WHO SUFFER CALCULOUS CHOLECYSTITIS

D.B.Dombrovsky

Abstract. People who suffer from calculous cholecystitis have violated functional condition of liver, kidneys and the system of regulation of blood condition. In post-operation period when performing laparotomic cholecystectomy the waste of those bodies and systems function is observed. Due to performance of laparoscope cholecystectomy those changes are less expressive, however, different from normal data.

Key words: calculous cholecystitis, cholecystectomy.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Надійшла до редакції 8.02.2002 року

УДК 616.379 - 008.64 - 06: 617.55 - 036.11

Ф.В.Гринчук, В.П.Козак**, В.В.Андрієць*, Давидюк І.П.**

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ПРОФІЛАКТИКИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ГОСТРИХ ХІРУРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

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

**Хірургічне відділення Чернівецької обласної клінічної лікарні

Резюме. Посидання гострих хірургічних захворювань та цукрового діабету призводить до взаємного обтяження їх перебігу, внаслідок чого збільшується кількість післяопераційних ускладнень. Запропоновано розширювати показання до передопераційної підготовки, застосовувати оксигенобаротерапію, комплексні детоксикаційні заходи, активне дренивання рани.

Ключові слова: гострі хірургічні захворювання, цукровий діабет, лікування.

Вступ. В останні роки відмічено збільшення частоти цукрового діабету (ЦД). Це призводить до того, що серед пацієнтів хірургічних відділень дедалі частіше трапляються хворі з гнійно – деструктивними процесами очеревинної

порожнини та цукровим діабетом [1]. Відомо, що операційна травма, наркоз, крововтрата викликають гіперадреналінемію, гіперглікемію, глюкозурію та ацидоз - реакції, об'єднані в синдром "малого хірургічного діабету", який може погіршити перебіг ЦД [3]. Під впливом останнього суттєво змінюється перебіг гострих хірургічних захворювань, що потребує відповідних змін у лікувальній тактиці [2].

Мета дослідження. Визначити раціональну лікувальну тактику у хворих на ЦД на основі аналізу особливостей перебігу гострих хірургічних захворювань.

Матеріал і методи. У клініці факультетської хірургії з 1997 по 2002 рр. знаходилося 125 хворих на ЦД з гострими хірургічними захворюваннями, з яких 84 (67,2%) жінки, 41 (32,9%) чоловік. Хронічні супутні захворювання діагностовані у 75 (59,89%) пацієнтів: атеросклеротичні ураження судин - у 32 (72,6%), гіпертонічна хвороба - у 24 (32,0%), ожиріння - у 10 (13,33%), інші - у 9 (12,0%). Легка форма ЦД виявлена у 30 (24,0%) хворих, середня - у 85 (68,0%), тяжка - у 10 (8,0%) хворих. ЦД вперше діагностований у 16 (12,8%) хворих. Серед гострих хірургічних захворювань були: апендицит - 17 (13,6%) випадків, холецистит - 27 (21,6%), панкреатит - 25 (20,0%), холецистопанкреатит - 22 (17,6%), кишкова непрохідність - 8 (6,4%), защемлені грижі - 9 (7,2%), шлунково - кишкові кровотечі - 11 (8,8%), перфоративні гастродуоденальні виразки - 6 (4,8%) випадків.

У хворих на ЦД визначали загальний аналіз крові, коагулограму, іонограму, загальний аналіз сечі, вміст глюкози та активність діастази, застосовували ультразвукове сканування органів черевної порожнини, оглядову та контрастну рентгенографію, лапароскопію.

Результати дослідження та їх обговорення. Найбільш часто спостерігалось поєднання ЦД та захворювань жовчовивідних шляхів і підшлункової залози. Велику групу склали хворі на гострий апендицит, защемлену грижу, перфоративну виразку, гостру кишкову непрохідність. Всі вони були оперовані в екстремному порядку. Ми відмітили поважчення перебігу ЦД у 17 (13,6%) пацієнтів. У зв'язку з цим особливого значення надаємо передопераційній підготовці хворих.

У комплекс передопераційних заходів включали інсулін (під контролем глюкози крові та сечі), 5%-ний розчин глюкози, 0,9%-ний розчин натрію хлориду, соду, плазму, вітаміни, анаболічні гормони, сечогінні препарати. Обов'язково призначали антиоксидантні препарати: даларгін, тіатриазолін. Для профілактики септичних ускладнень застосовували внутрішньовенне введення антибіотиків широкого спектра дії у подвійній дозі, перевагу надавали цефалоспорином II - III поколінь. Антибіотикотерапію проводили також інтраопераційно.

У хворих на ЦД у післяопераційному періоді часто розвиваються гіперглікемія та ацидоз, що може призвести до тяжких ускладнень. Останні поділяти на специфічні та неспецифічні для ЦД, а також ускладнення, пов'язані із супутніми захворюваннями. До специфічних ускладнень відносили ацидоз, гіпер- та гіпоглікемічну кому). Такі ускладнення спостерігались у 8 (6,4%) хворих із прихованим та латентним діабетом, а також після тяжких травматичних операцій.

Неспецифічні ускладнення виникали у хворих на діабет середнього та тяжкого ступеня, а також при виражених запально - деструктивних процесах в очеревинній порожнині. Найбільш часто розвивалися нагноєння ран - 35 (28,0%) випадків, пневмонія - 17 (13,6%), внутрішньочеревні абсцеси - 7 (5,6%), перитоніт - 4 (3,2%). У деяких хворих було поєднання ускладнень - частіше перитоніту та нагноєння рани.

Перспективним і достатньо ефективним методом профілактики та лікування ускладнень вважаємо оксигенобаротерапію. Відмічено, що застосування гіпербаричної оксигенації сприяло швидкій ліквідації гіпоксії та інтоксикації, зменшенню парезу кишечника, нормалізації функцій органів травлення. На 2-3 добу відновлювалась перистальтика. Позитивними ефектами оксигенобаротерапії була також швидка стабілізація гемодинаміки - нормалізація пульсу, величини артеріального тиску.

Важливого значення для профілактики ускладнень набувають детоксикаційні заходи. Відмічено, що в пацієнтів із діабетом у післяопераційному періоді тривалий час зберігався інтоксикаційний синдром. У зв'язку з цим, широко застосовували комплексну детоксикаційну терапію, в тому числі екстракорпоральну. Найбільш ефективними були плазмасорбція та плазмаферез, у зв'язку з чим вважаємо перспективним розширення показання до їх використання.

Важливого значення для профілактики нагноєння рани надавали її активному лікуванню. У всіх хворих з ожирінням та деструктивними процесами субопераційно дренивали підшкірну клітковину та підапоневротичний простір, застосовуючи активні дренажні системи. У хворих на ожиріння обов'язково проводили зондові ревізії ран перші 2-4 дні після операції.

Таким чином, ЦД часто поєднується із гострими хірургічними захворюваннями та обтяжує їх перебіг. У свою чергу останні можуть призводити до деком-

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 дренирування 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
