

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОЇ НЕПРОХІДНОСТІ ТОНКОЇ КИШКИ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Бенедикт В.В.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім. І.Я.Горбачевського МОЗ України»

Актуальність. Гострі хірургічні захворювання органів черевної порожнини та цукровий діабет - це проблема, яка привертає увагу хірургів, ендокринологів та лікарів інших спеціальностей. Актуальність даної проблеми пояснюється постійним збільшенням числа хворих на цукровий діабет, складністю перебігу гострої непрохідності тонкої кишки (ГНТК) і високою смертністю цих пацієнтів.

Мета роботи. Розробка патогенетичної корегуючої терапії ГНТК у хворих на цукровий діабет для покращення результатів їх хірургічного лікування.

Матеріали та методи дослідження. Нами проведено комплексне клінічне обстеження 221 хворого на ГНТК, яким були виконані різні методи хірургічного лікування. Також було проведено ретроспективний аналіз медичних карт 30 пацієнтів з летальним наслідком перебігу даної хірургічної патології.

Результати дослідження та їх обговорення. При проведенні ретроспективного аналізу було встановлено, що в 3-х випадках (10%) у хворих спостерігався цукровий діабет 2-го типу, середнього-тяжкого ступеню, в стадії суб-, декомпенсації, причому у всіх випадках в поєднанні з серцево-судинною та легеневою патологією. Рівень цукру у цих хворих коливався від 19,2 ммоль/л до 8,6 ммоль/л (в середньому 14,73 ммоль/л) на фоні нирко-печінкової недостатності, яка була обумовлена, як цукровим діабетом, так і ГНТК.

У хворих на ГНТК з сприятливим перебігом захворювання цукровий діабет зустрічався тільки в 1,81% пацієнтів і перебіг його був більш

легким. Крім цього, у частини хворих спостерігалася помірна гіперглікемія до операції, яка зникла після операції і не потребувала специфічного лікування.

Всім хворим проводився моніторинг рівня цукру в плазмі крові до операції, під час і після операції в умовах ПІТ з корекцією рівня цукру простим інсуліном.

Особливу увагу приділяли ранньому відновленню рухової функції травного каналу. на першу добу операції для припинення асинхронної діяльності ТК та гальмування рухової діяльності її призначали 0,1 % розчин обзидану або 2 % розчин папаверину, на другу добу проводили стимуляцію цього органа препаратами кальцію (1 % розчин глюконату кальцію 100-200 мл). Для покращення локального кровообігу та збільшення енергетичного забезпечення травного каналу – розчини пентоксифіліну, кристалоїдні плазмозамінники, есенціальні фосфоліпіди, концентровані розчини глюкози, розчини АТФ, тіатріазоліну і кокарбоксилази, антиоксиданти – 5 – 10 % розчини α -токоферолу ацетату. Такий лікувальний комплекс після операції призводив до відновлення у оперованих пацієнтів моторно-евакуаторної функції травного каналу, що дозволило використовувати ентеросорбенти, розпочати ентеральне харчування і проводити адекватну корекцію цукрового діабету.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Постійний моніторинг рівня цукру в плазмі хворого на всіх етапах хірургічного лікування пацієнтів на гостру непрохідність тонкої кишки з адекватною інсулінотерапією є запорукою успішного лікування цих хворих. Адекватна передопераційна підготовка і повна компенсація гомеостазу хворого після операції з раннім відновленням моторики травного каналу можуть забезпечити успішний результат хірургічного лікування гострої непрохідності тонкої кишки.

