



С. Д. Хіміч, І. В. Поліщук

Вінницький національний
медичний університет
імені М.І. Пирогова

© С. Д. Хіміч, І. В. Поліщук

ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ, ПЕРЕБІГУ ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ ГНІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ М'ЯКИХ ТКАНИН У ПАЦІЄНТІВ З ОЖИРІННЯМ

Резюме. Робота основана на результатах спостережень за 102 пацієнтами із гнійно-запальними захворюваннями (переважно глютеофеморальної ділянки) на фоні ожиріння. Показано, що у таких хворих перебіг гнійно-некротичних захворювань складніший, більш замаскований, вони потребують індивідуального підходу із застосуванням нових технологій діагностики та лікування.

Ключові слова: гнійні захворювання м'яких тканин, ожиріння, субалін.

Вступ

Дослідження є фрагментом комплексної науково-дослідної роботи кафедри загальної хірургії Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова «Оптимізація профілактики та комплексного лікування післяопераційних гнійних ускладнень та гнійно-запальних захворювань», номер державної реєстрації 0104U000331.

Лікування гнійних ран і гострих хірургічних захворювань м'яких тканин є актуальною проблемою сучасної хірургії [4]. Супровідна надлишкова маса тіла чи ожиріння є обтяжуючими факторами для перебігу хвороби і лікування пацієнта факторами [2, 3]. При ожирінні у пацієнтів відбуваються помітні зміни в імунологічному стані, порушується імунна відповідь організму на патоген [1]. Все це змушує вести активний пошук нових методів діагностики та лікування гнійно-некротичних процесів у пацієнтів з ожирінням.

Матеріали та методи

Під нашим наглядом перебували 102 хворих на гнійно-запальні захворювання м'яких тканин (переважно глютеофеморальної ділянки), які проходили лікування на базах клінік кафедри загальної хірургії Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова. Пацієнтів було розподілено на 4 групи: 1 групу склали пацієнти з нормальною та надлишковою масою тіла (ІМТ до 29,9), 2 групу — з ожирінням I ступеню (ІМТ=30,0—34,9), в 3 та 4 групи відповідно увійшли пацієнти з II (ІМТ=35,0—39,9) та III (ІМТ=40,0 і вище) ступенями ожиріння. Кількість хворих по групах становила 34, 19, 18 та 31 пацієнтів відповідно. Середній вік хворих в групах був такий: 1 група — $46,56 \pm 10,45$; 2 група — $42,95 \pm 8,0$; 3 група — $43,22 \pm 7,85$ та 4 група — $53,97 \pm 8,65$ року ($p < 0,01$). Пацієнтам проводилися традиційні загальні (збирання скарг, анамнезу, огляд хворого, вимірювання температури, пульсу, артеріального тиску, визначення тяжкості загального стану) та клініко-лабораторні обстеження (загальні аналізи крові та сечі, біохімічні дослідження крові, дослідження рани на мікро-

флору). При необхідності виконували комп'ютерну томографію ураженої ділянки тіла, імунологічне дослідження крові та ультразвукове дослідження ураженої ділянки. Лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ) та пульсо-лейкоцитарно-температурний індекс інтоксикації (ПЛТІІ) визначали за нашою методикою [8, 12]. При огляді пацієнта задовільний стан оцінювали в 1 бал, середньої тяжкості — в 2 бали та тяжкий — у 3 бали. Характер ексудату первинного вогнища запалення для полегшення підрахунку також оцінювали в балах: серозне — 1 бал, серозно-гнійне — 2 бали, гнійне — 3 бали.

Лікування пацієнтів проводили за традиційними схемами з додаванням нових методів: застосування антимікробного дренажу [5, 6], обробленого препаратом «Амосепт», використаням пробіотика субаліну. Проводили підрахунок загальної кількості використаних для лікування препаратів.

Статистичну обробку отриманого матеріалу проводили за допомогою програм STAT-2, Microsoft Office Excel 2007, StatSoft STATISTICA 9.0.

Результати дослідження та їх обговорення

Провівши обробку матеріалу, ми отримали такі дані. Серед хірургічних патологій найчастіше діагностувалися абсцеси (33 хворих), фурункули (21) та карбункули (14). Флегмони та аденофлегмони траплялися у 10 пацієнтів.

Як видно із даних табл. 1, середнє перебування хворого у стаціонарі зростало зі збільшенням маси тіла пацієнта, і склало по групах хворих, відповідно, $8,5 \pm 2,34$; $10,58 \pm 2,77$; $15,67 \pm 3,86$ і $15,74 \pm 3,7$ ліжок-днів (достовірність різниці між 1, 2 та 3 групами $p = 99,9\%$). Термін перебігу хвороби до моменту госпіталізації збільшувався, хоча не мав по групах лінійного зростання. Також тенденцію до збільшення тяжкості загального стану хворого в момент надходження мали пацієнти із ожирінням, що склало по групах, відповідно, $1,5 \pm 0,25$; $1,37 \pm 0,25$; $1,5 \pm 0,26$ та $1,58 \pm 0,34$ бала. Температура тіла хворого на момент надходження в стаціонар становила $37,21 \pm 0,3$; $37,18 \pm 0,27$; $37,03 \pm 0,22$ та $37,2 \pm 0,38$ °C, відповідно, у 1, 2 та 3 групах, маючи

тенденцію до зниження із зростанням маси тіла. У групі ж з екстремальним ожирінням вона знову дещо почала зростати. Показники частоти пульсу прямо пропорційно зростали із збільшенням маси тіла пацієнта, збільшуючись від $81,68 \pm 4,33$ та $81,47 \pm 3,69$ уд/хв у пацієнтів 1 та 2 груп до $82,67 \pm 6,02$ та $83,29 \pm 5,19$ у пацієнтів 3 та 4 груп.

Таблиця 1

Середнє перебування хворих у стаціонарі та результати їх первинного огляду

Показники	1 група	2 група	3 група	4 група
Середнє перебування хворого в стаціонарі, ліжко-день	$8,5 \pm 2,34^*$	$10,58 \pm 2,77^*$	$15,67 \pm 15,67^*$	$15,74 \pm 3,7^*$
Термін до госпіталізації, дні	$6,29 \pm 1,7^*$	$7,0 \pm 2,84^*$	$9,89 \pm 3,55^*$	$8,42 \pm 3,96^*$
Загальний стан хворого, бали	$1,5 \pm 0,25^*$	$1,37 \pm 0,25^*$	$1,5 \pm 0,26^*$	$1,58 \pm 0,34^*$
Температура тіла на момент надходження, °С	$37,21 \pm 0,3^*$	$37,18 \pm 0,27^*$	$37,03 \pm 0,22^*$	$37,2 \pm 0,38^*$
Частота пульсу, уд/хв	$81,68 \pm 4,33^*$	$81,47 \pm 3,69^*$	$82,67 \pm 6,02^*$	$83,29 \pm 5,19^*$
Кількість первинного ексудату у вогнищі запалення, мл	$45,44 \pm 11,8^{**}$	$35,32 \pm 7,75^{**}$	$32,39 \pm 10,83^{**}$	$91,84 \pm 25,33^{**}$
Характер ексудату, бали	$2,65 \pm 0,37^*$	$2,89 \pm 0,16^*$	$2,67 \pm 0,3^*$	$2,68 \pm 0,27^*$
Лейкоцитарний індекс інтоксикації	$2,16 \pm 0,47^*$	$1,18 \pm 0,24^*$	$2,12 \pm 0,37^*$	$4,64 \pm 1,23^*$
Пульсо-лейкоцитарно-температурний індекс інтоксикації	$2,74 \pm 0,44^*$	$1,26 \pm 0,15^*$	$2,48 \pm 0,34^*$	$5,73 \pm 1,06^*$

Примітка: * — $p < 0,01$, ** — $p < 0,05$.

Цікаво, що під час первинного хірургічного втручання кількість виявленого ексудату зменшувалася із зростанням ступеня ожиріння. Зокрема, у 1 групі кількість ексудату було в середньому $45,44 \pm 11,8$ мл; у 2 та 3 групах — $35,32 \pm 7,75$ і $32,39 \pm 10,83$ мл відповідно. У групі пацієнтів з екстремальним ожирінням кількість ексудату різко збільшилася, досягнувши $91,84 \pm 25,33$ мл. При цьому характер самого ексудату практично не відрізнявся в різних групах.

Щодо допоміжних методів визначення стану хворого, а саме — рівня ендогенної інтоксикації, показники ЛПІ та ПЛТІІ були досить показовими. ЛПІ по групах, відповідно, складав $2,16 \pm 0,47$; $1,18 \pm 0,24$; $2,12 \pm 0,37$ та $4,64 \pm 1,23$. У свою чергу, показник ПЛТІІ становив, відповідно, $2,74 \pm 0,44$; $1,26 \pm 0,15$; $2,48 \pm 0,34$ і $4,64 \pm 1,06$.

Для загального лікування пацієнтів 1 групи було використано в середньому $4,41 \pm 1,48$ препарату, для 2 групи — $3,0 \pm 0,83$, для 3 та 4 груп $4,22 \pm 1,73$ та $5,1 \pm 1,62$ препарату відповідно.

Як відомо, тривалість перебування хворого у стаціонарі характеризує тяжкість перебігу хвороби та ефективність лікувальних заходів. Середнє перебування хворих у стаціонарі прямо пропорційно зростає із збільшенням маси тіла, а отже, хвороба має тяжчий перебіг та триваліший період одужання, потребує обов'язкового стаціонарного лікування без можливості раннього переведення

на амбулаторний режим. Опосередковано на момент надходження про це свідчить загальний стан пацієнта, його тяжкість прямо пропорційно залежить від маси тіла пацієнта.

Слід зазначити, що перебіг гнійно-некротичних процесів у людей з крайніми формами ожиріння часто мав замаскований характер із стертою клінічною картиною та із зменшенням больових відчуттів. Більшість гнійно-некротичних процесів мали ширший, розлитий характер, ніж у пацієнтів 1 та 2 груп.

Що стосується інших показників, то спостерігається покращення їх у 2 групі (ожиріння I ступеня). Даний феномен у принципі потребує детального вивчення.

При визначенні ЛПІ та ПЛТІІ було відзначено, що показники помітно зростають при збільшенні ступеня ожиріння, що опосередковано свідчить про стан ендогенної інтоксикації.

Згідно з попередньо отриманими нами результатами, що підтверджується даними інших джерел, в розвитку гнійно-некротичних процесів можна виділити кілька таких основних передумов.

Морфологічно зі збільшенням масивності ожиріння прогресивно зростають дистрофічні й компенсаторно-приспосувальні зміни в скелетно-м'язовій тканині, що шкодять її функціональним можливостям. Патологічні зміни м'язової тканини зумовлені, насамперед, хронічною їх ішемією внаслідок зменшення капілярного кровотоку при вираженому ожирінні. Також морфологічні особливості жирової тканини, фасціальних футлярів і сполучнотканинних прошарків при ожирінні є передумовами для масивного поширення гострих гнійно-запальних захворювань у випадку їх виникнення [10].

Зниження больового порога у пацієнтів з ожирінням призводить до більш замаскованого перебігу захворювань [11, 13] та більшої ймовірності для розвитку гнійних деструктивних процесів.

Збільшення бактеріального обсіменіння шкіри (зростання кількісних та якісних показників) із ступенем ожиріння [7] також є однією з передумов щодо розвитку гострих гнійних захворювань м'яких тканин.

Однією із передумов розвитку гнійно-запальних захворювань м'яких тканин у людей з ожирінням є традиційно неправильний підхід у лікарських установах до виконання медичних маніпуляцій у такої категорії пацієнтів. Адже довжина внутрішньом'язових голок, які традиційно використовують для введення лікарських речовин при ожирінні II ступеня, не дозволяє досягнути сідничного м'яза, а при III ступені — не тільки м'язів сідниці, а й м'язів стегна. Це призводить до утворення інфільтратів у жировій тканині, а при потрапленні інфекційного агента — розвитку гнійно-запальних ускладнень [9].

Слід також зазначити, що у пацієнтів із III ступенем ожиріння можна спостерігати наявність



кількох фаз ранового процесу одночасно, коли в одному куті рани можна спостерігати грануляції, а в другому — помірні гнійні виділення. Цей важливий аспект в лікуванні гнійно-некротичних процесів у людей з ожирінням змушує одночасно на різних ділянках однієї рани проводити лікування декількома препаратами для лікування різних фаз ранового процесу.

Нами також помічено, що із збільшенням маси тіла прослідковується елемент «поліпрагмації». Використання більшої кількості лікарських засобів у людей з ожирінням часто зумовлено відсутністю ефекту від призначених на початку лікування ліків і необхідності їх вибору. Дане питання ставить перед дослідниками завдання з вироблення конкретних схем лікування гнійно-запальних захворювань залежно від маси тіла хворого.

Новим напрямком у лікуванні гнійно-некротичних захворювань на фоні ожиріння є використання пробіотиків, наприклад субаліну, що має антибактеріальну та імуномодельюючу дію. Антибактеріальна дія його зумовлена високою антагоністичною активністю до патогенних і умовно-патогенних мікроорганізмів як грампозитивних, так і грамнегативних, в тому числі і антибіоти-

корезистентним штамам. Субалін має виражений ефект на імунну систему, посилюючи клітинну і гуморальну ланки імунітету, які послаблені в пацієнтів з ожирінням. Наші попередні дані свідчать про те, що використання субаліну у людей з гнійно-некротичними процесами на фоні ожиріння є досить ефективним та перспективним при застосуванні. Добре зарекомендувало себе також використання антимікробного дренажу, обробленого препаратом «Амосепт», що значно підвищує ефективність лікування в цілому [6].

Висновки

1. У пацієнтів з ожирінням є багато передумов для більш тяжкого розвитку та перебігу гнійно-некротичних процесів м'яких тканин.

2. При діагностиці тяжких гнійно-септичних захворювань у людей з ожирінням, поряд з традиційними методами діагностики, доцільно ширше використовувати не тільки ультразвукове дослідження, але і комп'ютерну томографію.

3. Лікування таких хворих потребує індивідуального підходу із застосуванням новітніх лікувальних технологій, в тому числі таких, як антимікробні дренажі та пробіотики (наприклад, субалін).

ЛІТЕРАТУРА

1. Богослав Ю.П. Особенности секреции некоторых липоцитинов у женщин с различными типами ожирения // Ю.П. Богослав // Медико-соціальні проблеми сім'ї. — 2010. — Т. 15, № 1. — С. 33—37.
2. Видеохирургическое лечение постинъекционных абсцессов и флегмон / В.П. Сажин, В.А. Юрищев, А.Л. Авдобенко, А.В. Сажин // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. — 2005. — № 2. — С. 9—11.
3. Кравец В.П. Применение новых лекарственных форм декаметоксина для профилактики и лечения постинъекционных осложнений / В.П.Кравец В.В. Кравец // Вісник СумДУ. — Серія «Медицина». — 2008. — № 1. — С. 63—65.
4. Лефлоцин в лечении больных с массивными гнойно-воспалительными процессами мягких тканей // П.Д. Фомин, А.И. Лиссов, В.М. Сидоренко [и др.] // Доктор. — 2006. — № 1. — С. 50—51.
5. Патент на корисну модель №41551. МПК (2009) А61К 31/00 А61В 19/00. Спосіб дренажування ран / С.Д. Хіміч, Г.К. Палій, В.П. Ковальчук, О.В. Кателян, І.В. Поліщук, О.С. Хіміч — № u200815236; Заявл. 29.12.08; Опубл. 25.05.09, Бюл. № 10.
6. Спосіб підвищення ефективності дренажування ран / С.Д. Хіміч, В.П. Ковальчук, І.В. Поліщук, О.В. Кателян // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. — 2009. — Т. 9, Вип. 1(25). — С. 305—307.

7. Стан бактеріального обсіменіння шкіри у людей з різною масою тіла / С.Д. Хіміч, Г.К. Палій, О.В. Кателян, А.В. Крижановська // Вісник Вінницького національного медичного університету. — 2009. — №13(2). — С. 428—430.

8. Фищенко А.Я. Определение лейкоцитарного индекса интоксикации при холецистите / А.Я.Фищенко, С.Д.Химич // Клиническая хирургия. — 1989. — № 9. — С. 68—69.

9. Хіміч С.Д. Доцільність виконання внутрішньом'язових ін'єкцій традиційними голками пацієнтам з ожирінням / С.Д. Хіміч, І.В. Поліщук, П.П. Пан // Вісник Вінницького національного медичного університету. — 2010. — № 14(2). — С. 256—259.

10. Хіміч С.Д. Морфологічні особливості будови жирової тканини фасцій та м'язів у людей з різними ступенями ожиріння / С.Д. Хіміч, І.В. Поліщук, П.П. Гармаш // Вісник морфології. — 2009. — №15(2). — С. 283—288.

11. Хіміч С.Д. Передумови гнійно-септичних ускладнень після операцій на органах черевної порожнини в осіб з ожирінням / С.Д. Хіміч // Acta medica leopolitensia. — 2001. — Vol. 7, № 4. — С. 74—76.

12. Химич С.Д. Пульсо-лейкоцитарно-температурный индекс интоксикации / С.Д. Химич // Клини. хирургия. — 1992. — №12. — С. 51—53.

13. Хіміч С.Д. Рівень больової чутливості у людей з нормальною масою тіла та ожирінням / С.Д. Хіміч // Експериментальна і клінічна медицина. — 2000. — № 2. — С. 110—111.



ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ,
ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ
ОСТРЫХ ГНОЙНЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ МЯГКИХ
ТКАНЕЙ У ПАЦИЕНТОВ
С ОЖИРЕНИЕМ

С. Д. Химич, И. В. Полищук

Резюме. Работа основана на результатах наблюдений 102 пациентов с гнойно-некротическими заболеваниями (преимущественно глутеофemorальной области) на фоне ожирения. Показано, что у таких больных течение гнойно-некротических заболеваний более тяжелое, замаскированное, они нуждаются в индивидуальном подходе с использованием новых технологий диагностики и лечения.

Ключевые слова: *гнойные заболевания мягких тканей, ожирение, субалин.*

PARTICULARITIES OF THE
DEVELOPMENT, CURRENT
AND TREATMENTS OF THE
SHARP FESTERING DISEASES
OF SOFT FABRIC BESIDE
PATIENT WITH OBESITY

S. D. Khimich, I. V. Polischuk

Summary. Work is founded on result of the observations for 102 patients with festering-necrotic diseases (mainly of buttock-femoral area) on background of the obesity. It is shown that beside such sick current of festering-necrotic diseases is more heavy, disguised, they need for the individual approach with use new technology of diagnostics and treatments.

Key words: *festering diseases soft fabric, obesity, subalin.*