

Pikas P.B.**FEATURES OF METABOLIC CHANGES OF LIPIDS IN SERUM OF BLOOD IN PATIENTS WITH POLYPS OF INTESTINE AND STOMACH**

Summary. Aim - examine and assess the metabolism of lipids by means determine the composition of fatty acids in the blood serum of patients with polyps in the intestines and stomach. We examined 35 (21,7%) healthy individuals (group I, comparison), 64 (39,8%) patients with intestinal polyps (II group) and 62 (38,5%) patients with polyps of the stomach (group III). The fatty-acid composition of lipids in the blood serum was studied for patients with the intestinal and stomach polyps biochemical method on the gas-liquid chromatographic series of "Cvet - 500" within the isothermal mode. The quantitative estimation of composition of fatty-acid lipids in the blood serum was conducted after the method of setting of normal area by determination of peaks of methyl ethers of fatty-acid and their particles (in %). For patients with the intestinal and stomach polyps the fatty-acid composition of lipids is changed. This change is characterized by the increase of the amount of unsaturated fatty-acids (including polyunsaturated acids). This amount may grow up to (54,7 ± 1,8) % and higher ($p < 0,001$). At the same time the amount of saturated fatty-acids decreases to (45,3 ± 1,8) % and lower ($p < 0,001$). These changes in fatty-acid composition testify the deviation of lipid metabolism; healthy individuals have deviation of (43,0 ± 2,0) % and (57,0 ± 2,0) % correspondingly. Number of palmitic ($C_{16:0}$) and stearic ($C_{18:0}$) fatty acids in blood serum of patients with polyps of the stomach and the intestine is decreased to (28,6 ± 1,5) and (5,8 ± 0,6) % and less ($p < 0,001$). Healthy individuals have deviation of (41,9 ± 0,9) and (15,1 ± 1,3) % correspondingly. When the number of polyps increases changes are more substantial. Research results have established the need for correction of fatty acids in the treatment of patients with polyps of the intestine and stomach.

Key words: fatty-acid, serum of blood, intestinal and stomach polyps.

Рецензент - д.мед.н., проф. Сморжевський В.Й.

Стаття надійшла до редакції 01.09.2016р.

Пікас Петро Богданович - асистент кафедри хірургії та трансплантології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика; +38(050)2185147; +38(044)2054946; ppikas@ukr.net

© Хіміч С.Д., Кателян О.В.

УДК: 616-089.168.1: 616-001.4-089: 616-056.52

Хіміч С.Д., Кателян О.В.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова, кафедра загальної хірургії (вул. Пирогова, 56, м.Вінниця, Україна, 21018)

РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ РАН У ПАЦІЄНТІВ З РІЗНОЮ МАСОЮ ТІЛА ТА ОЖИРІННЯМ

Резюме. В статті представлено результати хірургічного лікування ран у пацієнтів з нормальною масою тіла та ожирінням. Показано, що у людей з ожирінням тривалість оперативних втручань, дренування післяопераційних ран, терміни зняття швів та перебування в клініці після операції значно більші ніж у пацієнтів з нормальною масою тіла. Також відмічали більшу частоту післяопераційних ускладнень з боку ран (гематоми, сероми, нагноєння ран).

Ключові слова: рана, ожиріння.

Вступ

Ожиріння є чинником, що погіршує прогноз та клінічний перебіг основного захворювання [2]. У людей з надлишковою масою тіла результати операцій в ряді випадків залишаються незадовільними у зв'язку з помилками у виборі та відсутності оптимального методу хірургічного втручання, а також через розвиток різноманітних післяопераційних ускладнень [7], частота яких, за даними різних авторів, коливається в межах 11,5-30,8% [1, 8]. Причому, у осіб, старших 60 років вона зростає до 53,8% [6].

Лікарям добре відомі проблеми, пов'язані з операціями у пацієнтів з ожирінням [3]. Адже при проведенні оперативного втручання надлишкова жирова тканина ускладнює маніпуляції хірурга, збільшує час проведення операції і сприяє значній травматизації тканин передньої черевної стінки в місці операційної рани [2, 3, 4, 5, 6].

Мета дослідження - провести порівняльну характеристику лікування післяопераційних ран у людей з нормальною масою тіла та ожирінням при лікуванні хірургі-

чних захворювань органів черевної порожнини і передньої черевної стінки та виявити основні причини незадовільних результатів лікування в огрядних людей.

Матеріали та методи

Нами було ретроспективно проаналізовано історії хвороб 260 пацієнтів віком від 16 до 85 років, які перебували на стаціонарному лікуванні в хірургічних відділеннях МКЛ №1 м. Вінниця та ВКЛ ст. Вінниця, що є базами кафедри загальної хірургії ВНМУ ім. М.І.Пирогова, з 2004 по 2010 роки.

Пацієнти були розподілені за індексом маси тіла (ІМТ) та ступенем ожиріння на 4 групи. Перша група - контрольна, нараховувала 92 пацієнта віком від 16 до 80 років з нормальною масою тіла і середнім ІМТ 22,51 ± 0,22. Друга група включала 74 пацієнти віком від 21 до 81 років з надлишковою масою тіла та з I ступенем ожиріння. Середній ІМТ групи становив 28,05 ± 0,13. До 3 групи увійшло 54 пацієнти від 20 до 80 років і з II

ступенем ожиріння та середнім ІМТ $37,68 \pm 0,16$. До четвертої групи увійшло 40 пацієнтів віком від 23 до 73 років з ожирінням III-IV ступенів та середнім ІМТ $45,80 \pm 0,63$. Групи були репрезентативні за віком та статтю (табл. 1).

З діагнозом гострий апендицит було прооперовано 88 хворих віком від 16 до 80 років, 104 хворих у віці 21-81 років були оперовані в зв'язку з грижами передньої черевної стінки. З діагнозом холецистит хірургічним шляхом було проліковано 49 пацієнтів у віці 34-79 років. Крім того, 19 пацієнтів 17-80 років були оперовані з іншими діагнозами (виразкова хвороба шлунка, виразкова хвороба 12-палої кишки, спайкова хвороба та ін. Усі хворі були прооперовані в ургентному та плановому порядку.

Враховуючи складність оперативних втручань, тривалість операцій, травматичність та ризик забруднення операційних ран, ці ж хворі були розподілені за типами оперативних втручань. Таким чином, з чистими операціями було 77 хворих віком від 16 до 80 років, з умовно чистими оперативними втручаннями було кваліфіковано 133 хворих віком 21-81 років, з контамінованими операціями було під наглядом 50 хворих віком 17-80 років. Розподіл хворих за типом оперативних втручань по групах представлено в таблиці 2.

При ретроспективному аналізі результатів хірургічного лікування 260 хворих за традиційними методами лікування ми враховували тривалість оперативного втручання, тривалість дренивання післяопераційної рани, терміни зняття швів, показники ліжка днів, лейкоцитарного індексу інтоксикації (ЛІІ), пульсо-лейкоцитарно-температурного індексу інтоксикації (ПЛІТІ), а також враховувались ускладнення в післяопераційній рані залежно від ІМТ та типу оперативного втручання.

Результати. Обговорення

Проаналізувавши тривалість оперативних втручань у хвиликах (хв), отримали наступні дані. Після чистих операцій час оперативного втручання у 1 групі склав в середньому $56,35 \pm 2,07$ хв, у 2 групі - $59,40 \pm 2,52$ хв, у 3 групі - $75,00 \pm 3,25$ хв, а у 4 групі оперативне втручання тривало в середньому $95,07 \pm 4,72$ хв. Таким чином, показники тривалості операції у пацієнтів 2, 3, та 4 груп відносно контрольної групи хворих збільшилися відповідно у 1,05 ($p < 0,05$); 1,33 ($p < 0,01$) та 1,69 рази ($p < 0,001$).

У пацієнтів після умовно чистих операцій тривалість оперативного втручання у 1 групі склала в середньому $54,80 \pm 2,65$ хв, тоді як у пацієнтів 2 групи він збільшився до $73,19 \pm 3,53$ хв (у 1,34 рази) ($p < 0,001$). У 3 групі він зріс до $92,06 \pm 4,57$ хв, а у 4 групі склав $86,67 \pm 4,33$ хв, що по відношенню до 1 групи, відповідно було вище у 1,68 ($p < 0,001$) та 1,58 ($p < 0,001$) рази.

У пацієнтів після контамінованих операцій тривалість оперативного втручання у 1 групі склав в середньому $68,06 \pm 3,40$ хв, тоді як у 2 групі - $78,08 \pm 3,69$ хв, у 3 групі - $109,38 \pm 5,26$ хв, а у 4 групі - $96,36 \pm 4,28$ хв. Таким чином, показники тривалості операції у пацієнтів 2, 3, та 4 груп відносно контрольної групи хворих збільшилися

відповідно у 1,15 ($p < 0,05$); 1,61 та 1,42 рази ($p < 0,01$).

Загалом у всіх пацієнтів тривалість оперативного втручання у 1 групі в середньому становила $57,83 \pm 1,76$ хв; у 2 групі вона збільшилась до $69,39 \pm 2,62$ хв. Ще більше вона зросла у пацієнтів 3 та 4 груп, відповідно до $90,83 \pm 4,01$ хв та $94,78 \pm 4,23$ хв. Отже, загальні показники тривалості оперативного втручання 2, 3, та 4 груп по відношенню до 1 групи збільшилися в 1,20; 1,57 та 1,64 рази ($p < 0,001$). Дані показників тривалості оперативного втручання представлені в таблиці 3.

Показник тривалості дренивання післяопераційної рани у пацієнтів після чистих операцій в 1 (контрольній) групі склав $1,04 \pm 0,04$ доби, у 2 групі - $1,76 \pm 0,08$ доби, у 3 групі - $1,50 \pm 0,05$ доби, а в 4 групі вже становив $3,71 \pm 0,17$ доби.

Таким чином, у пацієнтів 2, 3, та 4 груп у порівнянні з пацієнтами 1 групи прослідковується подовження тривалості дренивання післяопераційної рани відповідно у 1,69; 1,44 ($p > 0,05$) та 3,57 ($p < 0,001$) рази.

Після умовно чистих операцій тривалість дренивання післяопераційної рани у 1 (контрольній) групі склала $0,92 \pm 0,02$ доби, у 2 та 3 групах показники між собою практично не відрізнялися ($p > 0,05$) і становили відповідно $3,19 \pm 0,14$ доби та $3,18 \pm 0,14$ доби, що у порівнянні з даними 1 групи вище у 3,47 та 3,46 рази ($p < 0,001$). У 4 групі тривалість дренивання післяопераційної рани склала $4,20 \pm 0,20$ доби (по відношенню до контрольної групи подовжилася у 4,57 рази) ($p < 0,001$).

У пацієнтів після контамінованих операцій показники тривалості дренивання післяопераційної рани у різних групах пацієнтів суттєво не відрізнялися. У 1-й групі вони становили $4,44 \pm 0,22$ доби, у 2 групі - $5,00 \pm 0,23$ діб, у 3-ій - $5,75 \pm 0,28$ та у 4 групі вони склали $6,18 \pm 0,31$ доби. Дані 2, 3, та 4 груп відносно контрольної групи відповідно збільшилися лише у 1,13; 1,30 та 1,39 рази ($p > 0,05$).

Таким чином, загальні дані по всіх групах показали, що у пацієнтів 1 групи середній показник тривалості дренивання післяопераційної рани склав $1,65 \pm 0,08$ доби, у 2 групі - $3,07 \pm 0,15$ доби, у 3 групі - $3,19 \pm 0,13$ доби і у 4 групі - $4,58 \pm 0,23$. Така динаміка показників свідчить про збільшення їх по відношенню до показників пацієнтів контрольної групи відповідно у 1,86; 1,93 та 2,78 рази ($p < 0,001$).

Середні показники термінів зняття швів у пацієнтів 1 групи після чистих операцій склали $7,31 \pm 0,18$ діб, у пацієнтів 2 групи - $8,24 \pm 0,29$ діб, у пацієнтів 3 групи - $8,75 \pm 0,43$ діб, а у 4 групі шви в середньому були зняті через $9,43 \pm 0,46$ діб. Це свідчить про те, що показники 2, 3, та 4 груп по відношенню до показників 1 групи статистично достовірно збільшилися відповідно у 1,13; 1,20 ($p < 0,01$) та 1,29 ($p < 0,001$) рази.

Після умовно чистих операцій в контрольній групі шви були зняті на $7,73 \pm 0,15$ добу, у 2 групі - на $9,11 \pm 0,30$ добу. У пацієнтів 3 групи всі шви були зняті через $9,00 \pm 0,32$ діб, а у пацієнтів 4 групи - через $9,20 \pm 0,41$ доби. Як бачимо з наведених даних, час зняття швів у

Таблиця 1. Розподіл пацієнтів по групах в залежності від ІМТ.

	Групи пацієнтів			
	1 група (контрольна)	2 група	3 група	4 група
Ступінь ожиріння	Нормальна маса тіла	Надлишкова маса тіла та ожиріння I ст.	II ст. ожиріння	III-IV ст. ожиріння
ІМТ	22,51±0,22	28,05±0,13	37,68±0,16	45,80±0,63
Кількість пацієнтів	92	74	54	40

пацієнтів 2, 3 та 4 груп між собою статистично не відрізнялись ($p > 0,05$), але по відношенню до даних 1 групи він подовжився відповідно у 1,18; 1,16 та 1,19 рази ($p < 0,001$).

У хворих після контамінованих операцій терміни зняття швів у пацієнтів 1 групи становили 8,44±0,36 діб, у пацієнтів 2 групи - 9,46±0,47 доби, у пацієнтів 3 та 4 груп - відповідно 12,00±0,60 та 12,64±0,63 діб. Таким чином, спостерігалася тенденція до збільшення цих показників відносно контрольної групи відповідно у 1,12 рази ($p > 0,05$) у пацієнтів 2 групи; у 1,42 рази ($p < 0,001$) у пацієнтів 3 групи та у 1,50 рази ($p < 0,001$) у пацієнтів 4 групи.

В загальному, по різних захворюванням після всіх оперативних втручань прослідковували статистично достовірну закономірність до збільшення термінів зняття швів по всім групам ($p < 0,001$). А саме, у пацієнтів контрольної групи шви знімали в середньому через 7,75±0,12 діб, у пацієнтів 2 групи - через 8,88±1,20 діб, у пацієнтів 3 групи шви були зняті на 9,37±0,30 добу, а у пацієнтів 4 групи - на 10,23±0,38 добу. Тобто, показники 2, 3, та 4 груп перевищували показник 1 групи відповідно у 1,15; 1,21 та 1,32 разів ($p < 0,001$).

Нами також були проаналізовані показники кількості ліжок днів (ЛД). Отже у пацієнтів після чистих операцій у 1 групі кількість ЛД склала 8,73±0,39, у 2 групі - 9,31±0,45, у 3 групі збільшилася до 10,08±0,50, а у 4 групі - до 11,86±0,58. Таким чином, показники ЛД пацієнтів 2, 3, та 4 груп перевищили показник ЛД пацієнтів 1 групи відповідно у 1,07; 1,15 ($p > 0,05$) та 1,51 ($p < 0,05$) рази.

У пацієнтів після умовно чистих операцій зі збільшенням ступеню ожиріння теж паралельно спостерігалась тенденція до збільшення кількості ЛД. Так, у контрольній групі кількість ЛД склала 8,35±0,33. У 2 групі ЛД вже збільшилися у 1,35 рази до 11,31±0,52 ($p < 0,001$), у 3 групі - у 1,26 рази до 10,53±0,50 ($p < 0,001$) та у 4 групі - у 1,38 рази, в середньому до 11,52±0,55 ($p < 0,001$).

У пацієнтів після контамінованих операцій кількість ЛД у контрольній групі становила 10,78±0,53, у пацієнтів 2 групи - 11,92±0,59; у 3 групі - 16,00±0,77, а у 4 групі - 14,82±0,73, що відповідно у 1,11 рази збільшилось у пацієнтів 2 групи ($p > 0,05$), у 1,48 рази у пацієнтів 3 групи ($p < 0,05$) та у 1,37 рази у пацієнтів 4 групи ($p < 0,01$) відповідно до кількості ЛД у пацієнтів 1 (контрольної) групи.

Загалом, у всіх групах хворих після всіх оперативних втручань спостерігали статистично достовірне ($p > 0,001$) збільшення кількості ЛД відносно 1 (контрольної) групи (8,81±0,25): у 2 групі - в 1,20 рази (10,55±0,35), у 3 групі - в 1,28 рази (11,24±0,52) та у 4

групі - в 1,42 рази (12,55±0,57).

При вивченні показників ЛІІ та ПЛТІІ суттєвої статистично значимої закономірності залежно від ІМТ ми не виявили, проте спостерігали тенденцію до збільшення цих показників залежно від виду оперативних втручань.

При дослідженні частоти та структури гнійно-запальних ускладнень у післяопераційних ранах передньої черевної стінки, пролікованих за традиційними методиками, після виконання чистих операцій спостерігали серому у 1 пацієнтки 2 групи (4,0%), гематому у 1 пацієнта 3 групи (8,33%) та 1 нагноєння післяопераційної рани (7,15%) у пацієнтки 4 групи. Загалом ускладнення з боку післяопераційних ран спостерігали у 3 з 77 пацієнтів, що становило 3,89%.

Після проведення умовно чистих операцій домінуючу позицію займало нагноєння післяопераційної рани у пацієнтів 2-4 груп зі збільшенням відсотка від 2,78 та 5,88 відповідно у хворих 2 та 3 груп до 20,0% у хворих 4 групи. Інфільтрат післяопераційної рани спостерігався у 2 пацієнтів 1 групи (4,16%) та у 1 пацієнта 3 групи (2,94%). Лігатурний абсцес відмічали у 1 пацієнта 2 групи (2,78%) та 1 пацієнтки 4 групи (6,66%). Абсцес післяопераційної

Таблиця 2. Розподіл пацієнтів за групами.

	Групи пацієнтів				Всього за нозологіями
	1 група	2 група	3 група	4 група	
Чисті операції	26	25	12	14	77
Умовно чисті операції	48	36	34	15	133
Контаміновані операції	18	13	8	11	50
Всього по групах	92	74	54	40	260

Таблиця 3. Тривалість оперативного втручання у групах хворих залежно від ІМТ та типу оперативних втручань у хвилинах.

Типи оперативних втручань	Групи пацієнтів			
	1 група	2 група	3 група	4 група
Чисті операції	56,35±2,07	59,40±2,52	75,00±3,25**	95,07±4,72***
Умовно чисті операції	54,80±2,65	73,19±3,53***	92,06±4,57***	86,67±4,33***
Контаміновані операції	68,06±3,40	78,08±3,69	109,38±5,26**	96,36±4,28**
Всього	57,83±1,76	69,39±2,62***	90,83±4,01***	94,78±4,23***

Примітки: * - $p < 0,05$ по відношенню до пацієнтів з нормальною масою тіла; ** - $p < 0,01$ по відношенню до пацієнтів з нормальною масою тіла; *** - $p < 0,001$ по відношенню до пацієнтів з нормальною масою тіла.

Таблиця 4. Частота та структура гнійно-запальних ускладнень в післяопераційних ранах передньої черевної стінки з традиційними методами лікування.

Види ускладнень	Групи пацієнтів				Всі групи (n=260)
	1 група (n=92)	2 група (n=74)	3 група (n=54)	4 група (n=40)	
Нагноєння післяопераційної рани	-	4 (5,4%)	5 (9,26%)	11 (27,5%)	20 (7,69%)
Інфільтрат післяопераційної рани	2 (2,18%)	-	1 (1,85%)	-	3 (1,15%)
Лігатурний абсцес	-	1 (1,35%)	1 (1,85%)	2 (5,0%)	4 (1,54%)
Субапоневротичний абсцес	1 (1,08%)	-	-	-	1 (0,38%)
Серома	-	2 (2,7%)	-	1 (2,5%)	3 (1,15%)
Гематома	-	-	1 (1,85%)	-	1 (0,38%)
Всього	3 (3,26%)	7 (9,46%)	8 (14,81%)	14 (35,0%)	32 (12,31%)

рани діагностували у 1 пацієнта 4 групи (6,66%).

Загалом, у 2 хворих 1 групи спостерігали інфільтрат післяопераційної рани, що становило 4,17% ускладнень. У 2 хворих 2 групи (5,56%) відмічали 1 нагноєння післяопераційної рани (2,78%) та одну лігатурну норицю (2,78%). У пацієнтів 3 групи ускладнення спостерігали у 3 хворих (8,82%): 2 нагноєння післяопераційної рани (5,88%) та 1 інфільтрат післяопераційної рани (2,94%). Із 15 пацієнтів 4 групи ускладнення були у п'ятьох (33,33%), з яких у 3 - нагноєння післяопераційної рани (20,0%), у 1 - лігатурна нориця (6,66%) і ще у 1 - абсцес післяопераційної рани (6,66%). Всього ускладнення з боку післяопераційних ран після виконання умовно чистих операцій спостерігали у 12 із 133 пацієнтів, що становило 9,02%.

У пацієнтів після контамінованих операцій домінуючу позицію теж займало нагноєння післяопераційної рани - у 13 із 50 пацієнтів (26,0%). Разом з тим, слід зазначити те, що у пацієнтів 1 групи нагноєння післяопераційної рани не спостерігалось, проте вже у 2 групі таке ускладнення було у 3 із 13 пацієнтів (23,08%), у 3 групі - у 3 з 8 пацієнтів (37,5%) та у 4 групі - у 7 пацієнтів, що склало більше половини спостережень. Серома та лігатурний абсцес зустрічались рідше. Серому спостерігали у 1 пацієнта 2 групи (7,70%) та у 1 пацієнта 4 групи (9,09%). Лігатурний абсцес відмічали у 1 пацієнта 3 групи (12,5%) та 1 пацієнтки 4 групи (9,09%). У 1 пацієнта з 50 (2,0%) спостерігали субапоневротичний абсцес у пацієнта 1 групи.

Загалом, у 1 групі у 1 хворого спостерігали інфільтрат післяопераційної рани, що становило 5,55% ускладнень. У пацієнтів 2 групи у 4 хворих відмічали 3 нагноєння післяопераційної рани (23,08%) та 1 серому (7,70%). У пацієнтів 3 групи ускладнення спостерігали у 4 хворих,

зокрема у 3 - нагноєння післяопераційної рани та у 1 - лігатурний абсцес (12,5%). Із 11 пацієнтів 4 групи ускладнення були у 9 хворих, з яких у 7 - нагноєння післяопераційної рани, у 1 - лігатурний абсцес та ще у 1 - серома. Всього ускладнення з боку післяопераційних ран після виконання контамінованих операцій спостерігали у 18 із 50 пацієнтів, що становило 36,0%.

Аналіз динаміки гнійно-запальних ускладнень післяопераційних ран передньої черевної стінки у 260 хворих, яким проводили традиційні методи лікування свідчать про те, що найвищий відсоток серед місцевих ускладнень належить нагноєнню післяопераційної рани (7,69%) (табл. 4).

Як видно із таблиці 4, у пацієнтів 1 групи нагноєння післяопераційної рани не спостерігали, у 2 групі рана нагноїлася у 4 пацієнтів (5,41%), у 3 групі - у 5 пацієнтів (9,26%), у 4 - у 11 хворих (27,5%). Друге місце за частотою виникнення посіло ускладнення з приводу лігатурного абсцесу - 4 пацієнти (1,54%). Третє місце розділили інфільтрат післяопераційної рани та серома - по 3 пацієнти (1,15%) 1-4 груп. Найменше ускладнень було з приводу гематоми - 1 пацієнт (0,38%) 1 групи.

Найменшу кількість ускладнень відмічали у 1 групі - 3 хворих (3,26%). У 2 групі ускладнення з боку післяопераційної рани були у 7 хворих (9,46%), у 3 групі - у 8 хворих (14,81%), у 4 групі - у 14 пацієнтів (35,0%). Загальний відсоток ускладнень становив 12,31% (32 пацієнти).

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Таким чином, при ретроспективному аналізі результатів хірургічного лікування 260 хворих за використанням традиційних методів лікування було встановлено, що із збільшенням маси тіла пропорційно статистично достовірно подовжується тривалість оперативного втручання від 64,89 2,8 хвилин у пацієнтів контрольної групи до 92,69 5,15 хвилин у пацієнтів 4 групи ($p < 0,05 - 0,001$), подовжується довжина операційної рани від 9,50 0,70 см до 14,67 1,64 см у пацієнтів 4 групи відносно контрольної ($p < 0,01$), збільшується тривалість дренивання післяопераційної рани від 2,50 0,21 діб у пацієнтів контрольної групи до 4,00 0,39 діб у пацієнтів 4 групи ($p < 0,01 - 0,001$), подовжуються терміни зняття швів від 7,78 0,14 діб у пацієнтів 1 групи до 9,52 0,61 діб у пацієнтів 4 групи ($p < 0,001$) та показники ліжка днів від 8,89 0,26 у пацієнтів контрольної групи до 12,25 0,65 у пацієнтів 4 групи ($p < 0,001$).

2. У хворих, що лікувались за традиційними методами, в післяопераційному періоді кількість гнійно-запальних ускладнень в ділянках післяопераційних ран збільшилася з 3,26% у пацієнтів з нормальною масою тіла до 35,0% у пацієнтів з крайніми ступенями ожиріння (у 10,7 рази, $p < 0,001$). У структурі ускладнень переважали нагноєння (5,41-27,5%), інфільтрати післяопераційних ран (1,85-2,18%), сероми (2,5-2,7%), лігатурні абсцеси (1,35-5,0%), субапоневротичний абсцес (1,08%)

та гематома (1,85%).

3. Динаміка показників лейкоцитарного індексу інтоксикації (ЛІІ) та пульсо-лейкоцитарно-температурного індексу інтоксикації (ПЛІТІ) статистично достовірно не залежала від ІМТ. У хворих з ожирінням спостерігали збільшення частоти ускладнень післяопераційних ран відносно контрольної групи (3,26%) в 2,9 рази (9,46%)

у 2 групі, в 4,5 рази (14,81%) у 3 групі та в 10,74 рази (35,0%) у 4 групі, серед яких домінувало нагноєння післяопераційних ран, яке становило 7,69%.

Перспективою подальших розробок є те, що на підставі отриманих даних з'являються передумови для розробки нових та удосконалення відомих методів лікування ран саме у людей з ожирінням.

Список літератури

1. Балабан О.В. Хірургічне лікування косметичних дефектів передньої черевної стінки у хворих з ожирінням II-III ступеня: автореф. дис. ... к. мед. н.: спец. 14.01.03 "Хірургія" /О.В. Балабан; Нац. мед. ун-тет ім. О.О. Богомольця.- Київ, 2003. - 23 с.
2. Барвінська А.С. Структура летальності хірургічних пацієнтів з ожирінням / А.С. Барвінська, В.З. Макара //Сучасні аспекти ожиріння: клініка, д-ка, лікування: мат. наук.-практ. конф., 26 листоп. 2004 р. ; за ред. д. мед.н. Хімича С.Д.- Вінниця, 2004.- С.6-7.
3. Жданов Г.Г. Применение метода алиментарной депривации для предоперационной подготовки больных с сопутствующим ожирением /Г.Г. Жданов, А.Г. Шубин, А.Д. Матвеев //Анестезиол. и реанимация.- 1994.- №6.- С.59-63.
4. Лаврик А.С. Хірургічне лікування ожиріння: автореф. дис. ... к. мед. н.: спец. 14.01.03 "Хірургія" /А.С.Лаврик; АМН України. Ін-т хірургії та трансплантології.- Київ, 2003.- 36с.
5. Милонов О.Б. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии /О.Б. Милонов, К.Д. Тоскин, В.В. Жебровский.- М.: Медицина, 1990.- 560с.
6. Профилактика раневой инфекции при хирургическом лечении алиментарно-конституционного ожирения / М.Н. Окоемов, Н.М. Кузин, Р.В. Макаренкова [и др.] //Хирургия.- 1995.- №6.- С.47-50.
7. Седлецкий Ю.И. Современные методы лечения ожирения: рук. для врачей /Ю.И. Седлецкий.- СПб.: "ЭЛБИ-СПб", 2007.- 416с.
8. Стороженко О.В. Хірургічна тактика при поєднанні післяопераційної грижі черевної стінки з іншими захворюваннями органів черевної порожнини у пацієнтів з ожирінням / О.В. Стороженко //Клінічна хірургія.- 2002.- №4.- С.30-33.

Хімич С.Д., Кателіян Е.В.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАН У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

Резюме. В статье представлены результаты хирургического лечения ран у пациентов с нормальной массой тела и ожирением. Показано, что у людей с ожирением продолжительность оперативных вмешательств, дренирование послеоперационных ран, термины снятия швов и пребывание в клинике после операций значительно больше нежели у пациентов с нормальной массой тела. Также отмечали большую частоту послеоперационных осложнений со стороны ран (гематомы, серомы, нагноения ран).

Ключевые слова: рана, ожирение.

Khimich S.D., Katelian O.V.

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF WOUNDS FOR PATIENTS WITH DIFFERENT BODY WEIGHT AND OBESITY

Summary. In the article the results of surgical treatment of wounds are presented for patients with normal body weight and obesity. It is shown that for people with obesity duration of operative interventions, catchment (by drainage) of postoperative wounds, terms of removal of guy-sutures and stay in a clinic after operations considerably anymore than for patients with normal body weight. Also marked large frequency of postoperative complications from the wounds (hematomas, seroma, suppurations of wounds).

Key words: wound, obesity.

Рецензент - д.мед.н., проф. Желіба М.Д.

Стаття надійшла до редакції 5.10.2016р.

Хімич Сергій Дмитрович - д. мед. н., професор, завідувач кафедри загальної хірургії ВНМУ ім. М.І.Пирогова; +38(067)9622339; s-khimich@ukr.net

Кателіян Олена Вікторівна - асистент кафедри загальної хірургії ВНМУ ім. М.І.Пирогова; +38(097)1141010; olena.katelian@gmail.com

© Дроненко В.Г., Костюк О.Г., Дацюк Л.В., Демиденко Н.А., Губанова Т.Ю., Піатровська А.В.

УДК: 616.859. 1 + 616.33 - 008.3: 616 - 089 - 084 - 08

Дроненко В.Г., Костюк О.Г., Дацюк Л.В., Демиденко Н.А., Губанова Т.Ю., Піатровська А.В. Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, кафедра онкології (вул. Пирогова, 46, м. Вінниця, 2018, Україна); Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер (вул. Хмельницьке шосе, 84, м. Вінниця 21024, Україна)

ДОСВІД ПРОФІЛАКТИКИ І ЛІКУВАННЯ НУДОТИ ТА БЛЮВАННЯ У ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ХВОРИХ