

шенням відносного 5-річного ризику розвитку АГ в 4,9 разу та з більш раннім розвитком ремоделювання серця порівняно з їх однолітками без спадкового анамнезу.

3. Надмірна маса тіла й ожиріння виявилися значущими факторами розвитку АГ протягом 5 років незалежно від спадкового анамнезу.

4. Поєднання таких факторів ризику, як паління та спадкова схильність до АГ, призводить до збільшення частоти розвитку АГ протягом 5 років у 2,4 разу.

5. У молодих чоловіків зі спадковим анамнезом гіпертензії збільшене вживання солі підвищує вірогідність розвитку АГ протягом 5 років.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. *Медико-соціальні аспекти хвороб системи кровообігу* : аналітично-статистичний посібник / за ред. В. М.

Коваленка, В. М. Корнацького ; ННЦ «Інститут кардіології ім. М. Д. Стражеска». – К., 2009. – 146 с.

2. *Fourth Joint Task Force of European and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice* : European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice / I. Graham, D. Atar, K. Borch-Johnsen [et al.] // *Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil.* – 2007. – Vol. 14 (Suppl. 2). – S. 1–113.

3. *Fortuna R. J. Ambulatory care among young adults in the United States* / R. J. Fortuna, B. W. Robbins, J. S. Halterman // *Ann. Intern. Med.* – 2009. – Vol. 151. – P. 379.

4. *Мониторирование поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний среди населения*. Ч. 1. / Р. А. Потемкина, И. С. Глазунов, Р. Г. Оганов [и др.] // Проф. заболеваний и укрепление здоровья. – 2005. – № 4. – С. 3–16; Ч. 2. – 2005. – № 5. – С. 8–17.

5. *Рекомендації Української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії* : Робоча група з артеріальної гіпер-

тензії Української асоціації кардіологів [Електронний ресурс] / Є. П. Свіщенко (модератор), А. Е. Багрій, Л. М. Єна [та ін.] // *Український кардіологічний журнал*. – 2009. – № 1 (3). – Режим доступу : <http://www.ukr-cardio.org/index.php/id/229>.

6. *Сучасна діагностика та лікування гіпертрофії лівого шлуночка у хворих на артеріальну гіпертензію* : метод. рекомендації / уклад. : О. Г. Купчинська, Є. П. Свіщенко [та ін.]. – К., 2002. – 24 с.

7. *STATISTICA* : искусство анализа данных на компьютере : для профессионалов. – СПб. : Питер, 2001. – 656 с. : ил.

8. *The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report* / A. V. Chobanian, G. L. Bakris, H. R. Black [et al.] ; National Heart, Lung, and Blood Institute Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure // *JAMA*. – 2003. – Vol. 289. – P. 2560–2572.

УДК 616.34-616-089.8+616.9:616-002.5

Нгуєн Ван Хань, П. В. Строганов, С. О. Гешелін

## ОРГАНІЗАЦІЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ІЗ ГОСТРОЮ АБДОМІНАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Одеський національний медичний університет,  
Одеський обласний протитуберкульозний диспансер

### Вступ

За даними Одеського обласного протитуберкульозного диспансеру (ООПТД), з 2005 по 2009 рр. в Одесі на туберкульоз захворіли 3830 осіб, із них ВІЛ-інфікованих 775 (20,2 %), по Одеській області — 10 589 і 1374 (13,0 %) відповідно (табл. 1).

При тенденції до зниження захворюваності на туберкульоз в Одесі (див. табл. 1) питома вага ВІЛ-інфікованих зростає: у 2005 р. із 896 хворих на туберкульоз ВІЛ-інфікованих було 133 (14,8 %), а в 2009 р.

— серед 633 хворих 156 (24,6 %) інфіковані ВІЛ.

Туберкульоз залишається найбільш частою причиною смерті ВІЛ-інфікованих хворих [5].

Актуальність проблеми пов'язана з тим, що гостра хірургічна патологія органів черевної порожнини катастрофічно ускладнює перебіг туберкульозу, особливо у ВІЛ-інфікованих хворих [1–4].

Хворих із гострою хірургічною патологією органів черевної порожнини на тлі туберкульозу часто госпіталізують до хірургічних стаціонарів за-

гального профілю, де вони не отримують протитуберкульозного лікування і сприяють розповсюдженню туберкульозу.

**Мета** роботи — поліпшити якість лікування хворих на туберкульоз із гострою хірургічною патологією органів черевної порожнини шляхом організації невідкладної хірургічної допомоги у спеціалізованому протитуберкульозному диспансері.

### Матеріали та методи дослідження

У дослідженні взяли участь 83 хворих на туберкульоз, які



Таблиця 1

**Збільшення кількості інфікованих ВІЛ  
серед пацієнтів, які захворіли на туберкульоз  
з 2005 по 2009 рр.**

Рік, показники	Територія		Рік, показники	Територія	
	Одеса	Одеська обл. (включно Одеса)		Одеса	Одеська обл. (включно Одеса)
2005 ТБ, абс. ВІЛ, абс. % ВІЛ	896 133 14,8	2292 207 9,0	2008 ТБ, абс. ВІЛ, абс. % ВІЛ	762 161 21,1	2084 303 14,5
2006 ТБ, абс. ВІЛ, абс. % ВІЛ	793 183 23,1	2263 278 12,3	2009 ТБ, абс. ВІЛ, абс. % ВІЛ	633 156 24,6	1873 330 17,6
2007 ТБ, абс. ВІЛ, абс. % ВІЛ	746 142 19,0	2077 256 12,3	2005–2009 ТБ, абс. ВІЛ, абс. % ВІЛ	3830 775 20,2	10 589 1374 13,0

Примітка. ТБ — туберкульоз; ВІЛ — вірус імунодефіциту людини.

оперовані з приводу гострої хірургічної патології органів черевної порожнини протягом 2002–2010 рр. Із них 14 хворих перебували на стаціонарному лікуванні в клініці загальної хірургії Одеського національного медичного університету (ОНМедУ) та 69 пацієнтів — у легенево-хірургічному відділенні Одеського обласного протитуберкульозного диспансеру (ООПТД).

Проводили класичні фізикальні (огляд, пальпація, перкусія, аускультация), клінічні та біохімічні аналізи крові і сечі, рентгенологічне дослідження органів грудної клітки та черевної порожнини, ультразвукове дослідження черевної порожнини, бактеріоскопічне та бактеріологічне дослідження мокротиння, дослідження крові на ВІЛ. Під час операції усім хворим виконана макроскопічна оцінка стану внутрішніх органів з подальшим гістологічним дослідженням біоптатів. Усім померлим виконувалися аутопсія з макро- і мікроскопічним дослідженням внутрішніх органів у відповідності зі стандартним протоколом.

### Результати дослідження та їх обговорення

Згідно з наказом Управління охорони здоров'я при Одеській обласній держадміністрації № 270 від 02.09.1999 р. про порядок ургентної госпіталізації хворих на туберкульоз при невідкладних станах і гострій хірургічній патології, усіх хворих із гострою хірургічною патологією, що перебувають на диспансерному обліку з туберкульозу (жителі Одеси та Одеської області), слід госпіталізувати до відділення фтизіохірургії облтубдиспансеру, де організовано цілодобове чергування хірургічної бригади, що забезпечує надання невідкладної хірургічної допомоги.

Серед 83 хворих ВІЛ виявлено у 49 (59,0 %) пацієнтів. Ускладнення неспецифічних (нетуберкульозних) захворювань органів черевної порожнини, що потребують невідкладної допомоги, були у 34 хворих: защемлена грижа — у 12, перфоративна виразка шлунка — у 7, гострий апендицит — у 2, деструктивний панкреатит — у 1, абсцес селезінки — у 1,

заочеревинний абсцес — у 1, проникне поранення живота — у 1, гострий ілеотифліт — у 1, перфорації та непрохідність кишечника при злякисних пухлинах товстої кишки — у 8.

Серед 49 хворих із специфічною абдомінальною патологією у 37 пацієнтів виявлені перфорації туберкульозних виразок, у 9 — перитоніт внаслідок туберкульозного мезаденіту, у 3 — гостра кишкова непрохідність.

Серед ВІЛ-інфікованих специфічна патологія органів черевної порожнини стала причиною перитоніту у 39 хворих із 49, у ВІЛ-негативних хворих — лише в 10 випадках із 34.

У легенево-хірургічному відділенні ООПТД оперовані 69 хворих і 14 — у клініці загальної хірургії ОНМедУ.

До клініки загальної хірургії ОНМедУ хворих доставляли у тяжкому стані «швидкою допомогою», у зв'язку з чим у багатьох пацієнтів виявити в анамнезі туберкульоз було неможливо, тому серед 14 хворих туберкульоз був вперше виявлений у 13. До легенево-хірургічного відділення ООПТД надходили хворі з гострою хірургічною патологією та туберкульозом в анамнезі або їх переводили з терапевтичних відділень обласного та міських протитуберкульозних стаціонарів, де вони отримували цілеспрямоване лікування туберкульозу.

У хірургічному стаціонарі загального профілю від моменту госпіталізації та оперативного лікування до діагностики туберкульозу минає тривалий час. Переведення хворого до спеціалізованого стаціонару або початок протитуберкульозної терапії можливі лише після консультації фтизіатра. До цього необхідно провести мікроскопію мокротиння на наявність мікобактерій туберкульозу, виконати оглядову рентгенограму легенів, отримати результат гістологічного



дослідження біопсійного матеріалу. Усе це призводить до відкладання початку протитуберкульозної хіміотерапії. Негативним є також факт контакту хворих загальнохірургічного стаціонару з хворими на туберкульоз. Переведення хворих на туберкульоз до протитуберкульозного диспансеру після оперативного втручання з приводу гострої хірургічної патології органів черевної порожнини можливе тільки після стабілізації стану, який настає у терміни від кількох днів до 3 тиж.

Середній термін перебування хворих з абдомінальним туберкульозом у хірургічному стаціонарі загального профілю (до стабілізації стану та переведення до ООПТД) становив  $(18,0 \pm 12,4)$  ліжко-дня.

Наш матеріал не дозволяє провести зіставлення частоти ускладнень і летальних випадків, традиційне для визначення переваг результатів лікування в основній групі (оперованих у спеціалізованому протитуберкульозному диспансері) з групою порівняння (оперовані в клініці загальної хірургії). Пов'язано це з тим, що хворих, оперованих у загальнохірургічних відділеннях, коли вони стають транспортабельними, переводять до протитуберкульозного диспансеру та, незалежно від найближчих і віддалених результатів лікування, за статистичним звітом загальнохірургічного відділення вказують як виписаних з поліпшенням.

З-поміж 14 оперованих пацієнтів у клініці загальної хірургії ОНМедУ 10 були ВІЛ-інфіковані, 7 хворих переведені для подальшого лікування в ООПТД, 7 — померли (табл. 2).

Із 69 оперованих пацієнтів у легенево-хірургічному відділенні ООПТД 39 були ВІЛ-інфіковані, 31 хворий продовжує лікування, 38 пацієнтів померли, летальність становила 55,1 % (табл. 3).

Тому для хворих на туберкульоз ми користувалися такими критеріями якості лікування, як терміни початку протитуберкульозної хіміотерапії, відсутність необхідності транспортування хворих у післяопераційному періоді до спеціалізованого протитуберкульозного диспансеру, відсутність ризику розповсюдження туберкульозу серед хворих загальнохірургічних відділень.

Таблиця 2

**Результати невідкладних операцій у хворих на туберкульоз у клініці загальної хірургії**

Кількість хворих	Гостра хірургічна патологія органів черевної порожнини		
	Перфорації туберкульозних виразок	Туберкульозний мезаденіт	Разом
Усього	9	5	14
Серед них ВІЛ-інфікованих	8	2	10
Переведені до ООПТД	5	2	7
Померло	4	3	7

**Висновки**

Організація невідкладної допомоги хворим на туберкульоз із гострою хірургічною патологією органів черевної порожнини у спеціалізованому протитуберкульозному хірургічному стаціонарі має такі переваги:

1) оптимізує терміни початку протитуберкульозної хіміотерапії;

2) виключає необхідність транспортування хворого в післяопераційному періоді до спеціалізованого протитуберкульозного диспансеру;

3) зменшує ризик розповсюдження туберкульозу у хірургічних стаціонарах загального профілю.

Таблиця 3

**Результати невідкладних операцій у хворих на туберкульоз у легенево-хірургічному відділенні ООПТД**

Гостра хірургічна патологія органів черевної порожнини	Кількість хворих		Продовжують лікування в ООПТД	Померло
	Усього	Серед них ВІЛ-інфікованих		
Специфічна патологія	35	29	10	25
Перфорації туберкульозних виразок	28	23	8	20
Туберкульозний мезаденіт	4	3	1	3
Гостра кишкова непрохідність	3	3	1	2
Неспецифічна патологія	34	10	21	13
Защемлена грижа	12	2	11	1
Перфорації та непрохідність кишечника при злоякісних пухлинах товстої кишки	8	1	2	6
Перфоративна виразка шлунка	7	3	3	4
Гострий апендицит	2	1	2	0
Деструктивний панкреатит	1	1	0	1
Абсцес селезінки	1	1	1	0
Заочеревинний абсцес	1	0	1	0
Проникне поранення живота	1	0	1	0
Гострий ілеотифліт	1	1	0	1
Разом	69	39	31	38



## ЛІТЕРАТУРА

1. Булгакова Н. А. Проблема ВІС-інфекції во фтизіатрії / Н. А. Булгакова, Н. Т. Смирнова // Український пульмонологічний журнал. – 2003. – № 2. – С. 128.
2. Особенности виявлення, клінічних проявлень і лечения ТБ у ВІС-інфіцированных / В. В. Ерохин, З. Х. Корнилова, Л. П. Алексеева [и др.]

// Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2005. – № 10. – С. 20–28.

3. Клинико-морфологические особенности течения ТБ при ВІС-инфекции / З. Х. Корнилова, Ю. Р. Зюзя, Л. П. Алексеева [и др.] // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2008. – № 10. – С. 13–20.
4. Ревенок Н. Д. Туберкулез у ВІС-инфіцированных и больных

СПИДом / Н. Д. Ревенок, В. И. Матаган // Актуальні проблеми фтизіатрії і пульмонології. – Одеса, 1999. – С. 79–80.

5. Тишкевич О. А. Структура летальных исходов и патологическая анатомия у больных ВІС-инфекцией в Москве / О. А. Тишкевич, В. И. Шахгильдян, Ю. Г. Пархоменко // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2004. – № 4. – С. 42–46.

УДК 616.718-001.5-073:340.6

І. Г. Савка

# ПЕРЕЛОМИ МАЛОЇ ГОМІЛКОВОЇ КІСТКИ ТА ЇХ СУДОВО-МЕДИЧНА ОЦІНКА

Буковинський державний медичний університет, Чернівці

Переломи довгих трубчастих кісток призводять до тривалого розладу здоров'я, різноманітних ускладнень після проведених лікувальних заходів, у деяких випадках є небезпечними для життя, причиною інвалідності, тому належать до одних із найсерйозніших тілесних ушкоджень.

Часто вони стають об'єктами судово-медичних досліджень, під час проведення яких судово-медичні експерти встановлюють механізми руйнації кісток, види зовнішньої дії, ретроспективно відтворюють умови їх утворення, вирішують різноманітні питання, що виникають у ході проведення слідчих дій.

Слід зауважити, що стосовно малої гомілкової кістки відсутня достатня кількість ґрунтовних досліджень, які б дозволяли успішно вирішувати дані питання. Відомі наукові роботи описують тільки підходи до розв'язання ідентифікаційних завдань у медико-криміналістичних дослідженнях даної трубчастої кістки [1–3].

Тим же часом, аналіз останніх досліджень і публікацій розкриває комплексний підхід до розв'язання зазначених завдань без урахування структурно-функціональних особли-

востей окремих ділянок малої гомілкової кістки, хоча вони істотно впливають на перебіг процесів її руйнації [4–7].

Тому основною метою нашого дослідження було проведення судово-медичної оцінки клінічних випадків із переломами малої гомілкової кістки та висвітленням широкого кола умов (гендерне співвідношення, розподіл за віком, локалізація за довжиною окремих кісток, орієнтація ліній переломів, види фізичної дії, обставини справи, участь третіх осіб), за яких вони виникають. Отримані результати дозволять нам виділити перспективні напрямки і скерувати подальші дослідження малої гомілкової кістки у судово-медичному відношенні.

## Матеріали та методи дослідження

При дослідженні клінічних випадків із переломами малої гомілкової кістки було встановлено, що 71 (74,7 %) із них припадає на осіб чоловічої, а 24 (25,3 %) — на осіб жіночої статі.

На рис. 1 зображені результати проведеного аналізу даних травм за віком.

Наведені на рис. 1 дані ілюструють, що половина переломів малої гомілкової кістки припадає на осіб зрілого віку, 2-го періоду — 49 (51,6 %), вдвічі менша кількість — 26 (27,4 %) — на осіб зрілого віку, 1-го періоду і майже однакова невелика кількість випадків — на осіб літнього — 11



Рис. 1. Розподіл переломів малої гомілкової кістки за віком