

© Гур'єв С.О., Соловійов О.С.

УДК: 616.687:025-12.057

Гур'єв С.О., Соловійов О.С.

ДЗ Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України (вул. Братиславська, 3, м.Київ, 01019, Україна)

## СТАТЕВО-ВІКОВА ХАРАКТЕРИСТИКА ВІЛ-ІНІФІКОВАНИХ ПОСТРАЖДАЛИХ З ПОЛІТРАВМОЮ

**Резюме.** Неухильне зростання кількості та тяжкості полісистемних пошкоджень вказує не тільки на медичний, а й соціальний характер проблеми. Особливого значення це зростання набуває у соціально неадаптованих групах населення, зокрема у ВІЛ-інфікованих. Нами вивчено 116 випадків ПСП у ВІЛ-інфікованих постраждалих (основний масив) та 116 випадків ПСП у постраждалих без ВІЛ-інфекції (контрольний масив). Серед ВІЛ-інфікованих постраждалих з політравмою преважують особи до 50 років. Аналіз статеві структури встановив, що серед ВІЛ-інфікованих постраждалих з політравмою преважують чоловіки, а в деяких вікових групах представлена тільки особами чоловічої статі.

**Ключові слова:** політравма, ВІЛ-інфіковані постраждалі, стать, вік.

### Вступ

Неухильне зростання кількості та тяжкості полісистемних пошкоджень вказує не тільки на медичний, а й соціальний характер проблеми. Особливого значення це зростання набуває у соціально неадаптованих груп населення, зокрема у ВІЛ-інфікованих [2, 5]. Незважаючи на організаційні та лікувальні заходи з боку організацій охорони здоров'я, рівень поширеності ВІЛ інфекції зростає по всьому світі та в Україні зокрема, з іншого боку вищезгадані заходи дозволяють збільшити тривалість життя ВІЛ-інфікованим пацієнтам, що в свою чергу збільшує ймовірність звертання цих хворих за хірургічною допомогою з приводу травм та інших захворювань [4]. Нажаль, вплив ВІЛ-інфекції на перебіг травматичного процесу (ТП) та принципи надання їм медичної допомоги не вивчено. У доступних зарубіжних джерелах зустрічаються поодинокі суперечливі повідомлення, що фрагментарно проливають світло з приводу даного питання, та наголошують на подальше глибоке дослідження останнього [1, 6]. У вітчизняних та російськомовних доступних джерелах дані про вплив ВІЛ інфекції на перебіг ТП практично відсутні. Існуючі поодинокі джерела висвітлюють особливості перебігу хірургічних захворювань у хворих з ВІЛ/СНІД, особливості надання хірургічної допомоги їм [2], певною мірою відображають соціально-правові аспекти діяльності хірурга [3]. Отже, існує нагальна проблема у вивченні перебігу ТП у ВІЛ-інфікованих постраждалих з ПСП.

**Мета** роботи - вивчити віково-статеву характеристику травматичного процесу у ВІЛ-інфікованих постраждалих з політравмою.

### Матеріали та методи

Нами вивчено 116 випадків ПСП у ВІЛ-інфікованих постраждалих (основний масив) та 116 випадків ПСП у постраждалих без ВІЛ інфекції (контрольний масив), котрих лікували в Центрі політравми ДЗ Українського науково-практичного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України з 1999 року по 2009 рік. Вік пацієнтів основного масиву відповідав 19-53 рокам, контрольного масиву - 16-75 рокам. Осіб

чоловічої статі серед постраждалих основного масиву було 80 (68,97%), осіб жіночої статі - 36 (31,03%), серед постраждалих контрольного масиву осіб чоловічої статі було 89 (76,72%), жінок - 27 (23,28%). Проведений порівняльний аналіз відповідно вимог та критеріїв доказової медицини.

### Результати. Обговорення

Аналіз розподілу вікових характеристик контингенту масиву вивчення та контролю з метою досягнення методологічної коректності був проведений у порівняльному аспекті та дозволив отримати дані, котрі наведені у таблиці 1.

При вивченні даних вікових характеристик основного та контрольного масиву, наведених в таблиці 1, виявилось наступне. Так, на першому ранговому місці в основній групі постраждали вікової групи від 21 до 30 років. Таких постраждалих було 63,79%. Серед постраждалих контрольної групи перше рангове місце теж займають пацієнти вікової групи 21-30, однак їх було у 2,17 рази менше. На другому ранговому місці в основній групі постраждали вікової групи від 31 до 40 років. У контрольній групі з аналогічним показником 24,14% постраждали вікової групи від 41 до 50 років. На третьому ранговому місці у основній групі постраждали вікової групи до 20 років. Таких постраждалих в основній

**Таблиця 1.** Аналіз розподілу постраждалих з інфекційними ускладненнями політравми за ознакою віку.

Вік	Основна група %	Ri	Контрольна група %	Ri
≤20	6,90	3	6,90	5
21-30	63,79	1	29,31	1
31-40	24,14	2	19,83	3
41-50	3,45	4	24,14	2
51-60	1,72	5	13,79	4
61-70	-	-	5,17	6
≥71	-	-	0,86	7
Загалом	100,00		100,00	

групі було 6,9%. Третє рангове місце у контрольній групі займають постраждалі вікової категорії 31-40 років, яких було зареєстровано 19,83% від масиву групи. Найрідше в основній групі зустрічались постраждалі вікових груп 41-50 та 51-60 років, які зустрічались у 3,45% та 1,72% відповідно. В контрольній групі найрідше зустрічались постраждалі вікових груп 61-70 років та більше 71 років, які займали шосте та сьоме рангове місце відповідно. Потрібно відмітити, що постраждалі цих вікових груп в основній групі виявлені не були.

З метою більш ретельного вивчення клініко-епідеміологічних характеристик нами було проведено вивчення статево-вікових характеристик обох масивів за групами досліджень та у порівняльному аспектах.

За статевою ознакою питома частка чоловіків як основного так і контрольного масиву була більшою за питому частку жінок у відповідних масивах (рис. 1, рис. 2).

Перевага питомої ваги чоловіків серед постраждалих обох масивів підтверджує результати попередніх досліджень, що свідчать про більший ризик виникнення травми у чоловіків, ніж у жінок. Співвідношення питомої ваги чоловіків до жінок в основному масиві склало 2,22, а в контрольному масиві - 3,30. Цей показник свідчить про більшу питому вагу жінок серед постраждалих з полісистемними пошкодженнями в основному масиві, у порівнянні з питомою вагою жінок у контрольному масиві, що зумовлено особливостями соціального статусу жінок основного масиву та відповідно й з більшим ризиком їх травмування.

З метою визначення результату перебігу травматичного процесу у вікових та статевих групах, нами було проведено аналіз розподілу обох масивів дослідження за статевою ознакою у результативних групах. Дані розподілу наведені в таблиці 2.

В основному масиві в групі постраждалих до 19 років питома вага чоловіків та жінок розподілилася порівну, в групі 20-29 років питома вага чоловіків у 2,08 рази переважала над питомою вагою жінок ще більш значною, в 3,67 рази, виявилася перевага питомої ваги чоловіків в групі 30-39 років, рівною питомою вагою чоловіків та жінок була й в групі 40-49 років, група 50-59 років представлена тільки чоловіками. За даними вищезведеної таблиці, як серед чоловіків так й серед жінок основного масиву більшу частину склала група постраждалих 20-29 років (62,50% та 66,67% відповідно), питома вага постраждалих у групі 30-39 років серед чоловіків склала 27,50%, а серед жінок - 16,67%, серед чоловіків постраждалих в групі до 19 років було в 2,22 рази менше ніж серед жінок, слід відмітити більшу вдвічі питому вагу групи постраждалих у віці 40-49 років серед жінок - 5,55%, проти 2,5% серед чоловіків, а також відсутність постраждалих у віковій групі 50-59 років серед жінок.

Деяко іншим виявився розподіл за статевою ознакою у вікових групах в контрольному масиві, дані якого

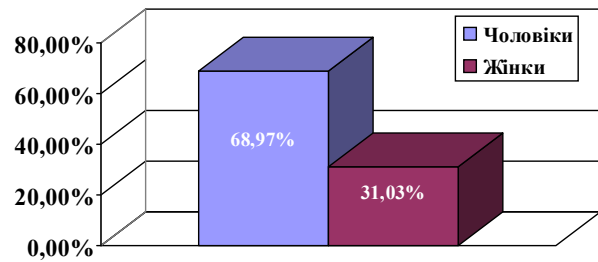


Рис. 1. Розподіл основного масиву за статевою ознакою.

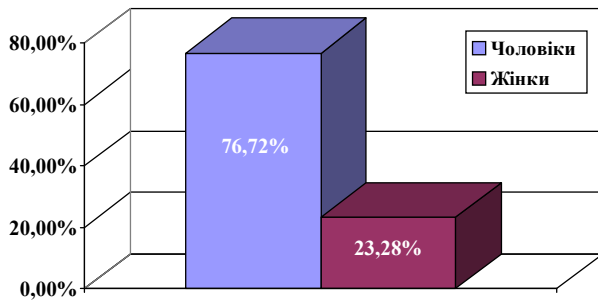


Рис. 2. Розподіл контрольного масиву за статевою ознакою.

Таблиця 2. Аналіз розподілу основного масиву за статевою ознакою у вікових групах.

Вікова група	Чоловіки			Жінки		
	Питома вага до даної вікової групи (%)	Питома вага до даної статевої групи (%)	Питома вага до загального масиву (%)	Питома вага до даної вікової групи (%)	Питома вага до даної статевої групи (%)	Питома вага до загального масиву (%)
до 19	50,00	5,00	3,45	50,00	11,11	3,45
20-29	67,57	62,50	43,10	32,43	66,67	20,69
30-39	78,57	27,50	18,98	21,43	16,67	5,17
40-49	50,00	2,50	1,72	50,00	5,55	1,72
50-59	100,00	2,50	1,72	x	x	x
60-69	x	x	x	x	x	x
70-79	x	x	x	x	x	x
Всього	x	100,00	68,97	x	100,00	31,03

наведені у таблиці 3.

Аналіз даних, що наведено у таблиці 3 свідчить про наявність певних закономірностей розподілу. Відзначається значна перевага питомої ваги чоловіків у більшості вікових груп контрольного масиву, у порівнянні з основним (співвідношення питомої ваги чоловіків до питомої ваги жінок контрольного масиву у групі до 19 років - 3:1, у групі 20-29 років - 4,67:1, у групі 30-39 років - 3,41:1, у групі 40-49 років - 3,14:1, у групі 50-59 років 4,33:1, у групі 60-69 років - 1:1, група 70-79 років представлена тільки жінками). Спостерігається більш рівномірний розподіл постраждалих за віковими групами як серед чоловіків, так й серед жінок контрольного масиву у порівнянні з основним, причому з іншим ранговим розподілом за віком: серед чоловіків контрольного масиву перше рангове місце -

**Таблиця 3.** Аналіз розподілу контрольного масиву за статевою ознакою у вікових групах.

Вікова група	Чоловіки			Жінки		
	Питома вага до даної вікової групи (%)	Питома вага до даної статевої групи (%)	Питома вага до загального масиву (%)	Питома вага до даної вікової групи (%)	Питома вага до даної статевої групи (%)	Питома вага до загального масиву (%)
до 19	75,00	6,74	5,17	25,00	7,41	1,72
20-29	82,35	31,46	24,14	17,65	22,22	5,16
30-39	77,27	19,10	14,66	22,73	18,52	4,31
40-49	75,86	24,72	18,97	24,14	25,93	6,03
50-59	81,25	14,61	11,21	18,75	11,11	2,59
60-69	50,00	3,37	2,59	50,00	11,11	2,59
70-79	x	x	x	100,00	3,70	0,86
Всього	x	100,00	76,74	x	100,00	23,26

група 20-29 років (31,46%), друге - група 40-49 років (24,72%), третє - 30-39 років (19,10%), четверте - 50-59 років (14,61%), п'яте - група до 19 років (6,74%), шосте - група 60-69 років (3,37%); серед жінок контрольного масиву перше рангове місце - група 40-49 років (25,93%), друге - 20-29 років (22,22%), третє - група 30-39 років (18,52%), четверте - групи 50-59 років та 60-69 років (по 11,11%), п'яте - група до 19 років (7,41%), шосте - група 70-79 років (3,70%).

Узагальнюючи вікову характеристику ВІЛ-інфікованих постраждалих з політравмою нами були виявлені деякі особливості перебігу травматичного процесу. Так, постраждалі основного масиву мають вікові ознаки до

50 років, при чому переважна більшість припадає на вік 20-40 років, який складає 91,38% основного масиву. Водночас в контрольному масиві показник за віком 20-40 років складає 49,14%, що в 1,86 рази менше, ніж в основному масиві. При тому, питома вага постраждалих до 20 років, однакова в обох масивах. Питома вага групи 40-49 років в основному масиві в 6,2 рази менша за контрольний, а група 50-59 років в 7,22 рази менша в основному масиві, ніж в контрольному.

Таким чином, варто дійти висновку, що полісистемні пошкодження у ВІЛ-інфікованих постраждалих притаманні особам молодого та середнього віку в більшій мірі, ніж постраждалим без ВІЛ інфекції. Вищевказане значною мірою визначає медико-соціальне значення цього дослідження.

### Висновки та перспективи подальших розробок

1. Політравма у ВІЛ-інфікованих постраждалих є не тільки медичною, а і соціальною проблемою суспільства.

2. Серед ВІЛ-інфікованих постраждалих з політравмою превалюють особи до 50 років, причому переважна більшість припадає на вік 20-40 років, який складає 91,38% основного масиву

3. Аналіз статевої структури встановив, що серед ВІЛ-інфікованих постраждалих з політравмою превалюють чоловіки, а в деяких вікових групах представлена тільки особами чоловічої статі.

Піднята проблематика націлює всіх науковців у подальшому на зміну пріоритетів подальших розробок у рамках піднятого питання.

### Список літератури

1. Госпитальная летальность при политравме и основные направления ее снижения /В.В.Агаджанян, С.А.Кравцов, А.В.Шаталин [и др.] //Политравма.- 2015.- №1.- С.6-15.
2. Блувштейн Г.А. Особенности течения хирургических заболеваний у больных ВИЧ/СПИД /Г.А.Блувштейн, А.А.Кулаков //Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова.- М., 2007.- №5.- С.51-55.
3. Вирус иммунодефицита человека - медицина: Рук-во для врачей /под ред. Н.А.Белякова, А.Г.Рахмановой.- СПб.: Балтийский образовательный мед. центр, 2010.- 752с.
4. ВІЛ-інфекція в Україні /Інформ. бюлл.- №42.- Київ, 2014.- 40с.
5. Dresing K. HCV, HBV, HIV infections: risk for surgeon and staff. Results and consequences of routine screening in emergency patients /K.Dresing, C.Pouwels, S.Bonsack //Chirurg.- 2003.- Vol.74(11).- P.1026-1033.
6. Dutton R.P. Trauma mortality in mature trauma systems: are we doing better? An analysis of trauma mortality patterns, 1997-2008. /R.P.Dutton, L.G.Stansbury, S.Leone //The J. of Trauma Injury, Infection, and Critical Care.- 2010.- Vol.69 (3).- P.620-626.

**Гурьев С.Е., Соловьев А.С.**

### ПОЛОВОЗРАСТНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМОЙ

**Резюме.** Неуклонный рост количества и тяжести полисистемных повреждений указывает не только на медицинский, но и социальный характер проблемы. Особое значение это увеличение приобретает в социально неадаптированных групп населения, в частности у ВИЧ-инфицированных. Нами изучено 116 случаев ПСП у ВИЧ-инфицированных пострадавших (основной массив) и 116 случаев ПСП в пострадавших без ВИЧ инфекции (контрольный массив). Среди ВИЧ-инфицированных пострадавших с политравмой превалируют лица до 50 лет. Анализ половой структуры установил, что среди ВИЧ-инфицированных пострадавших с политравмой превалируют мужчины, а в некоторых возрастных группах представлена только лицами мужского пола.

**Ключевые слова:** политравма, ВИЧ-инфицированные пострадавшие, пол, возраст.

**Guriev S.E., Soloviev A.S.**

### GENDER AND AGE CHARACTERISTICS OF HIV-INFECTED PATIENTS WITH POLYTRAUMA

**Summary.** The steady increase in the number and severity of multisystem injuries indicates not only medical but also social nature of the problem. Of particular importance in this growth become socially excluded groups, particularly in HIV-infected. We studied 116 cases of CAP in HIV-infected victims (core area) and 116 cases in the affected PDP without HIV infection (a control array). Among HIV-infected patients with polytrauma prevalent person of 50 years. Analysis of the reproductive structure found that among HIV-

*infected patients with polytrauma men prevail, and in some age groups represented only by males.*

**Key words:** *polytrauma, HIV-positive victims, sex, age.*

**Рецензент:** д.мед.н., ст.наук.сп. Танасієнко П.В.

Стаття надійшла до редакції 11.11.2015 р.

Гурьев Сергей Олегович - д.мед.н., професор, Лауреат Державної премії в галузі науки і техніки, заступник директора з наукової роботи Українського НПЦ екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України; +38 044 518-57-08  
Соловйов Олексій Станіславович - к.мед.н., ст. наук. сп. ДЗ "Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф" МОЗ України; +38 044 518-57-08

© Фелештинський Я.П., Дадаян В.А., Заріцька В.І.

УДК: 616.381-072.1-089.166-06-084:616-089.168.1-06:617.55-007.43-089.844

<sup>1</sup>Фелештинський Я.П., <sup>2</sup>Дадаян В.А., <sup>3</sup>Заріцька В.І.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика <sup>1</sup>кафедра хірургії та проктології, <sup>3</sup>кафедра патологічної та топографічної анатомії (вул.Відпочинку, 11, м.Київ, 03115, Україна), <sup>2</sup>КЗ КОР "Київська обласна клінічна лікарня" (вул.Багговутівська, 1, м.Київ, 04107, Україна)

## ОСОБЛИВОСТІ ПАТОГЕНЕЗУ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ТРОАКАРНИХ ГРИЖ ПІСЛЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

**Резюме.** Виконано морфологічне дослідження м'язово-апоневротичних тканин параумбілікальної ділянки у 80 хворих віком від 30 до 75 років після лапароскопічної холецистектомії. Жінок було - 56 (70%), чоловіків -24 (30%). Хворі були розділені на 3 групи. Першу групу склали 30 хворих, котрим виконували лапароскопічну холецистектомію з приводу жовчно-кам'яної хвороби. Серед них у 21 (70%) спостерігали діастаз прямих м'язів живота розміром 3±2, 3см параумбілікальної ділянки. Другу групу склали 30 хворих з троакарними грижами параумбілікальної ділянки після лапароскопічної холецистектомії. Третю групу порівняння склали 20 хворих, котрим виконували верхньо-серединну лапаротомію. Серед них діастаз прямих м'язів живота розміром 2±1, 3см параумбілікальної ділянки спостерігали у 6 хворих, оперованих з приводу перфоративної виразки 12-палої кишки, та у 9 хворих, котрим виконували лапаротомію з приводу гострої спайкової непрохідності. Морфологічне дослідження м'язів і апоневрозу проводили з параумбілікальної ділянки. Результати показали, що у хворих із жовчно-кам'яною хворобою, поєднаній з діастазом прямих м'язів живота, спостерігається стоншення апоневрозу та м'язів, їх помірно виражена атрофія, що створює підґрунтя для виникнення троакарних гриж параумбілікальної ділянки. Було доведено, що основною патогенетичною ланкою виникнення троакарних гриж на параумбілікальній ділянці після лапароскопічної холецистектомії є стоншення апоневрозу цієї ділянки, його помірно виражена атрофія апоневрозу та прямих м'язів живота, а також посилення цієї атрофії після постановки троакара 10 мм. Профілактика троакарних гриж параумбілікальної ділянки після лапароскопічної холецистектомії може бути досягнута шляхом використання легкої поліпропіленової сітки, котру розташовують переперитонеально перед закриттям троакарної рани.

**Ключові слова:** діастаз прямих м'язів живота, атрофія апоневрозу та прямих м'язів живота, троакарні грижи живота, лапароскопічна холецистектомія, профілактика троакарних гриж.

### Вступ

Частота виникнення троакарних гриж після лапароскопічної холецистектомії складає від 3,4% до 6,7% [4, 7, 12]. Серед причин, які впливають на виникнення троакарних гриж, виділяють: розмір троакара, тип троакара, місце введення троакара, розширення троакарних ран, технічні помилки при зашиванні троакарних ран, інфекція троакарної рани [1, 2, 3, 8, 11]. До загальних чинників ризику виникнення троакарних гриж відносять: похилий вік, ожиріння, цукровий діабет, анемія, стероїдна терапія та ін. Використання троакарів великого діаметра (10-12 мм) вважається частим чинником, що сприяє виникненню троакарної грижі [2]. Щодо типу троакара, то клінічні дослідження показали, що тупі троакари утворюють меншу рану порівняно з косими і, відповідно, зменшують ризик виникнення троакарних гриж. Використання гострих троакарів супроводжується виникненням гриж у 1,83%, тоді як тупих (конічних) - в 0,17% [3, 9]. Параумбілікальна ділянка, на якій найчастіше встановлюють троакари, зокрема, при виконанні лапарос-

копічної холецистектомії, є тією ділянкою, де найбільше (75,7%) діагностують троакарна грижа [3, 5, 10]. У більшості випадків це пов'язано не тільки з розширенням троакарної рани для вилучення жовчного міхура з черевної порожнини, але і з особливостями анатомічної будови цієї ділянки. На параумбілікальній ділянці вище та нижче пупка спостерігається розширення білої лінії та діастаз прямих м'язів живота, що робить цю ділянку механічно слабкою та може створювати передумови виникнення троакарної грижі [2, 3]. Крім цього, апоневроз і м'язи параумбілікальної ділянки є більш стоншеними порівняно з іншими ділянками білої лінії живота [6]. Морфологічні особливості апоневрозу та м'язів параумбілікальної ділянки в цьому аспекті не вивчали. На наш погляд, вивчення морфологічних особливостей апоневрозу та м'язів параумбілікальної ділянки дасть змогу встановити не тільки підґрунтя виникнення троакарних гриж але і розробити профілактичні заходи щодо їх виникнення.