

чення термического и механического повреждений мягких тканей и костей черепа /А.М. Кардаш, Э.Я.Фисталь, К.А. Кардаш [и др.] // Укр. нейрохірургічний журнал.-

2011.- №1.- С.44-49.

6. Проценко В.В. Новый пластичный материал для заполнения костковых дефектов /В.В. Проценко //Вісник Укр. мед. стоматол. академії.- 2007.-

Т.7, Вип.1-2.- С.280-283.

7. Outcomes of cranial repair after craniectomy /V. Chang, P. Hartzfeld, M. Langlois [et al.] //J. Neurosurg.- 2010.- Vol.112.- P.1120-1124.

Тулчинский Г.В.

ВЛИЯНИЕ КРАНИОПЛАСТИКИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Резюме. В статье проанализирована динамика изменений показателей эндогенной интоксикации у 81 больного, которым была выполнена краниопластика с использованием биокерамики "Синтекоств" или имплантационного материала протакрил. Динамика изменений уровней показателей лейкоцитоза, лейкоцитарного индекса интоксикации, гематологического показателя интоксикации у больных после ликвидации дефекта черепа с использованием биокерамического материала "Синтекоств" была более позитивной, чем после использования протакрилового имплантата.

Ключевые слова: краниопластика, эндогенная интоксикация, показатели эндогенной интоксикации, "Синтекоств", протакрил.

Tulchinsky G.V.

CRANIOPLASTY IMPACT ON INDICATORS OF ENDOGENOUS INTOXICATION

Summary. The dynamics of changes of indicators of endogenous intoxication in 81 patients who cranioplasty was performed using bioceramic "Syntekost" or implantation mater protakril has been analyzed in this article. Dynamics of changes in the levels of indicators of leukocytosis, leukocyte index of intoxication, hematological index of intoxication in patients after the elimination of the skull defect using bioceramic material "Syntekost" was more positive than after using protakril implant.

Key words: cranioplasty, endogenous intoxication, indices of endogenous intoxication, "Syntekost", Protakril.

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

Стаття надійшла до редакції 7.06.2016 р.

Тулчинський Геннадій Віталійович - лікар-нейрохірург нейрохірургічного відділення клініки невідкладної хірургії та ушкоджень ВМКЦ ЦР (м. Вінниця); gen.tulchinskiy@mail.ru

© Хіміч С.Д., Чемерис О.М.

УДК: 616-001.3-031.82:616-07]-056.52

Хіміч С.Д.,² Чемерис О.М.¹

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького¹ (вул. Пекарська, 69, м. Львів, Україна, 79010),
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова² (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ УШКОДЖЕНЬ ПРИ ПОЛІТРАВМІ У ЛЮДЕЙ З ОЖИРІННЯМ

Резюме. На клінічному матеріалі - 42 пацієнтах проаналізовано діагностичну придатність традиційних методів обстеження у людей з нормальною масою тіла та ожирінням при політравмі. Діагностичну цінність деяких методик визначали шляхом визначення їх чутливості та специфічності деяких діагностичних тестів за методикою J.H. Davis. Інформативність деяких рутинних конвенційних об'єктивних методів обстеження у потерпілих з політравмою з нормальною масою тіла (ІМТ $\geq 24,9$ кг/м²) є високою і достатньою для визначення тяжкості пошкоджень з наступним визначенням лікувальної тактики. Однак, у пацієнтів з ожирінням відзначалося зменшення діагностичної цінності цих методик більше на 20 - 25 % ($p > 0,05$), що можна пов'язати із чрезмерним відкладанням жирової клітковини і зниженням рецепторної та больової чутливості, при чому ця залежність прямо корелювана із ступенем ожиріння. Отримані дані про діагностичну цінність деяких традиційних методів обстеження у потерпілих при політравмі формує підґрунтя для диференційованого підходу до травмованих з нормальною масою тіла та ожирінням різного ступеня і розробки "специфічних" діагностичних критеріїв у такої категорії людей.

Ключові слова: політравма, ожиріння.

Вступ

За даними ВООЗ щоденно внаслідок травм гине близько 16 тис. осіб, щорічно - 300 тис. працездатних людей, а 6-7 млн. стають інвалідами. В економічно розвинутих країнах світу травматизм займає 3 місце серед причин смертності після серцево-судинних і онкологічних захворювань [1].

Привертає увагу й те, що за останні 10 років смертність від травм в Україні збільшилася на 38,7 %. За даними ж МОЗ України від травм щорічно гине від 31 до 44 тис. осіб, з них - 20 - 25 % - від поєднаної травми. Частота політравми в останні роки складає 5,5

- 35 % серед усіх травмованих пацієнтів. Летальність при політравмі складає 12,2 - 63,4 %, з них в перші 24 - 48 годин помирає 65,1 - 70,0 % потерпілих [1, 2].

Особливе місце з-поміж загалу потерпілих з політравмою займають пацієнти, які страждають ожирінням. Фактично кожен п'ятий травмований хворий, який потрапляє у стаціонар є з індексом маси тіла (ІМТ) ≥ 30 кг/м², що відповідає II ступеню ожиріння. Серед чинників, які обтяжують стан таких хворих є ушкодження органів грудної клітки, черевної порожнини і масивні заочеревинні гематоми [3].

Проте, незважаючи на значну інцидентність травм, діагностично-лікувальні підходи при політравмі у людей з ожирінням, за винятком спеціалізованих відділень хірургії пошкоджень, практично не відрізняються від загальних засад діагностики та лікування хірургічних захворювань, що використовуються у осіб із нормальною масою тіла [4, 7].

Яскравим підтвердженням наведеної тези є ситуація, що склалася в сучасному трактуванні потерпілих, які страждають ожирінням з політравмою, які згідно загальносвітових тенденцій потребують особливих діагностично-лікувальних підходів і має первинно сумнівний прогноз [5].

Сучасна практика застосування традиційних методик у потерпілих з ожирінням обмежуються через їхні умовно позитивний результат або призводить до надто приблизної оцінки тяжкості стану пацієнта, тобто певною мірою ігнорує їхню супутню патологію на підставі чого приймаються оптимальні тактично-лікувальні рішення.

Мета роботи - з'ясувати діагностичну придатність традиційних методів обстеження у потерпілих з ожирінням при політравмі шляхом визначення їх чутливості та специфічності.

Матеріали та методи

Клінічний матеріал склали 42 пацієнти із політравмою, які лікувалися у хірургічному відділенні Комунальної 8-ої міської клінічної лікарні м. Львова протягом 2013-2016 рр. Усі потерпілі були із поєднаною тупою травмою грудної клітки з пошкодженням реберного каркасу і тупою травмою живота з пошкодженням внутрішніх органів та внутрішньочеревною кровотечею із збереженою цілісністю кісток тазу і кінцівок. Вік хворих коливався в межах від 19 до 78 років (середній вік - 44,2 ± 1,8 р.), жінок було - 18 (42,8 %), чоловіків 24 (57,2 %), осіб працездатного віку - 34 (80,1 %).

На I етапі дослідження усім пацієнтам визначали ІМТ, і залежно від його значення формували клінічні групи. ІМТ (I) визначали за формулою:

$$I = \frac{m}{h^2},$$

де m - маса тіла в кілограмах, h - зріст в метрах.

На II етапі дослідження визначали чутливість та специфічність деяких діагностичних тестів за методикою J. H. Davis.

Чутливість (s), тобто ступінь достатності тесту (методики обстеження) для коректної ідентифікації пацієнтів з певним захворюванням із загалу тестованих (досліджуваних) хворих, визначали за наступною формулою:

$$s = \frac{\text{кількість хворих з позитивним тестом}}{\text{загальна кількість осіб з певною хворобою}} \cdot 100\%.$$

Специфічність (f), або ступінь достатності тесту (методики обстеження) для заперечення захворювання при відсутності у пацієнтів досліджуваних ознак, розрахо-

ували за формулою:

$$f = \frac{\text{кількість хворих з негативним тестом}}{\text{загальна кількість осіб з певною хворобою}} \cdot 100\%.$$

Обстеження та лікування пацієнтів з ожирінням при політравмі відповідало затвердженим галузевим стандартам [5, 6].

Результати. Обговорення

На I етапі дослідження залежно від значення ІМТ, хворих розділили на три клінічні групи. До першої групи увійшли 20 потерпілих із нормальною масою тіла ($IMT \geq 24,9 \text{ кг/м}^2$), до другої - 14 потерпілих із гладкістю та I ст. ожирінням ($IMT = 27,4 - 33,8 \text{ кг/м}^2$), третьої - 8 травмованих із II - III ст. ожирінням ($IMT = 35,6 - 41,7 \text{ кг/м}^2$).

На II етапі власне з'ясували діагностичну придатність деяких традиційних методів обстеження у потерпілих з ожирінням при політравмі. Так об'єктивне обстеження органів грудної клітки (пальпація ($s = 72,4\%$, $f = 95,9\%$), перкусія ($s = 76,1\%$, $f = 97,1\%$), аускультация ($s = 79,1\%$, $f = 96,8\%$)) потерпілих I клінічної групи практично у всіх пацієнтів (95,0 %) дозволила встановити точний діагноз. Після чого у пацієнтів було верифіковано гемопневмоторакс, який було підтверджено рентгенологічним дослідженням із наступним дрениванням плевральних порожнин за Бюлау.

Разом з тим у потерпілих із ожирінням цінність цих обстежень зменшувалася. Так у II клінічній групі ступінь достовірності методик становив: пальпації ($s = 66,4\%$, $f = 87,9\%$, $p > 0,05$), перкусії ($s = 71,4\%$, $f = 91,4\%$, $p > 0,05$), аускультация ($s = 75,1\%$, $f = 90,1\%$, $p > 0,04$), а у III третій групі значно знизився - пальпації ($s = 61,4\%$, $f = 75,9\%$, $p > 0,05$), перкусії ($s = 67,2\%$, $f = 62,1\%$, $p > 0,05$), аускультация ($s = 64,4\%$, $f = 77,5\%$, $p > 0,03$), що зумовлювало необхідність виконання торакоцентезу для діагностики пошкоджень. Після чого виконувалися дренивання грудної клітки за Бюлау.

Для діагностики пошкоджень органів черевної порожнини у потерпілих I клінічної групи достатнім було застосування об'єктивних методів обстеження, чутливість і специфічність яких у людей з нормальною масою тіла є високою, - (пальпація ($s = 73,6\%$, $f = 96,1\%$), перкусія ($s = 77,2\%$, $f = 96,9\%$), аускультация ($s = 82,3\%$, $f = 97,7\%$)), що підтвердилося даними ультразвукового дослідження (УЗД), при яких було виявлено вільну рідину у черевній порожнині ($s = 82,7\%$, $f = 98,9\%$). Усі хворі були прооперовані, виконані лапаротомії, зупинені кровотечі з усуненням пошкоджень та дрениванням черевної порожнини.

У пацієнтів II клінічної групи діагностична цінність об'єктивних методик зменшувалася (пальпація ($s = 71,6\%$, $f = 90,2\%$, $p > 0,05$)), перкусія ($s = 75,2\%$, $f = 94,1\%$, $p > 0,04$), аускультация ($s = 80,1\%$, $f = 91,2\%$, $p > 0,05$)), проте значимість УЗД залишалася достатньо високою ($s = 80,6\%$, $f = 94,1\%$, $p > 0,05$), що дозволяло діагнос-

тувати пошкодження без інвазивних тестів.

Однак у травмованих III клінічної групи спостерігали різке зниження діагностичної придатності пальпаторного обстеження ($s = 64,7\%$, $f = 79,1\%$, $p > 0,05$), перкусії ($s = 66,8\%$, $f = 84,4\%$, $p > 0,05$) та аускультатації ($s = 62,4\%$, $f = 62,1\%$, $p > 0,03$), при чому, чутливість і специфічність УЗД також знизилась і становила $s = 70,9$ та $f = 81,4\%$ ($p > 0,03$) відповідно. Отже відсутність чітких діагностичних критеріїв формувало підґрунття для виконання лапароцентезу в усіх потерпілих на тлі ожиріння, що кінцево дозволяло діагностувати внутрішньочеревну кровотечу. Дані пацієнти були прооперовані, виконані лапаротомії, зупинені кровотечі з усуненням пошкодження та дренажування черевної порожнини.

Використання деяких рутинних конвенційних об'єктивних методів обстеження у потерпілих з політравмою та нормальною масою тіла ($I \geq 24,9$ кг/м²) мають достатню високу інформативність для визначення тяжкості пошкоджень з наступним визначенням лікувальної тактики. Однак, у пацієнтів з ожирінням надмірне відкладання жирової клітковини не давало можливості адекватно виконати діагностичні прийоми. Значне погіршення діагностичної цінності деяких методик також можна трактувати зниженням рецепторної і больової чутливості у огрядних людей, при чому ця залежність прямо корелює із ступенем ожиріння.

На підставі точного визначення чутливості і специфі-

ічності деяких діагностичних проб на момент госпіталізації та в динаміці нами формувались клінічні висновки про характер пошкоджень, обирались обґрунтовані діагностично-тактичні підходи щодо лікування, оцінювались ефективність й доцільність корекції лікувальної програми, зокрема, у потерпілих на тлі ожиріння.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Діагностична цінність традиційних методів обстеження постраждалих з політравмою знижується прямо пропорційно ступеню ожиріння. Чим вищий ступінь ожиріння, тим менший відсоток достовірності діагностичних прийомів у таких пацієнтів.

2. Отримані дані про діагностичну цінність деяких традиційних методів обстеження у потерпілих при політравмі формує підґрунття для диференційованого підходу до травмованих з нормальною масою тіла та ожирінням різного ступеня і розробки "специфічних" діагностичних критеріїв у такої категорії людей.

Перспективи подальших розробок полягають у вивченні діагностичної цінності та придатності клінічних, інструментальних і спеціальних методів обстеження, з'ясуванні типових діагностичних помилок, що може бути основою для розпрацювання програми надання екстреної медичної допомоги при політравмі на тлі ожиріння.

Список літератури

1. Політравма: метод. вказ. зі спеціальності "Медицина невідкладних станів" для підготовки лікарів-інтернів, слухачів передатестаційних циклів; упор. А.А. Хижняк, С.С. Дубівська, І.А. Веклич. - Харків: ХНМУ, 2014. - 28 с.
2. Політравма як медико-соціальна проблема (ризик-орієнтований підхід) / С.О. Гур'єв, М.І. Березка, О.С. Солюйов [та ін.] // Медицина сьогодні і завтра. - 2012. - № 1 (54). - С. 28-31.
3. The epidemiology of traumatic death: a population-based analysis / S.R. Shackford, R.C. Mackerse, T.L. Holbrook [et al.] // Arch. Surg. - 1993. - Vol. 128. - P. 1285.
4. Sturm R. Increases in clinically severe obesity in the United States / R. Sturm // Arch. Intern. Med. - 2003. - Vol. 163(18). - P. 2146-2148.
5. Morbid obesity and tracheal intubation / J.B. Brodsky, H.J.M. Lemmens, J.G. Brock-Utne [et al.] // Anesth. Analg. - 2002. - Vol. 94(3). - P. 732-736.
6. Error in blood-pressure measurement due to incorrect cuff size in obese patients / M.H. Maxwell, P.C. Schroth, A.U. Waks [et al.] // Lancet. - 1982. - Vol. 2(8288). - P. 33-36.
7. Ultrasound-guided percutaneous tracheostomy in critically ill obese patients / P.G. Guinot, E. Zogheib, S. Petiot [et al.] // Crit. Care. - 2012. - Vol. 16(2). - P. 40-49.

Химич С.Д., Чемерис О.М.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ У ЛЮДЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ

Резюме. На клиническом материале - 42 пациента проанализировали диагностическую пригодность традиционных методов обследования у людей с нормальной массой тела и ожирением при политравме. Диагностическую ценность некоторых методик определения их чувствительности и специфичности некоторых диагностических тестов по методике J.H. Davis. Информативность некоторых рутинных конвенционных объективных методов обследования у пострадавших с политравмой с нормальной массой тела ($ИМТ \geq 24,9$ кг / м²) является высокой и достаточной для определения тяжести повреждений с последующим определением лечебной тактики. Однако, у пациентов с ожирением отмечалось уменьшение диагностической ценности этих методик больше на 20 - 25 % ($p < 0,05$), что можно связать с чрезмерно отложением жировой клетчатки и снижением рецепторной и болевой чувствительности, причем эта зависимость прямо коррелирована с степенью ожирения. Полученные данные о диагностическую ценность некоторых традиционных методов обследования у пострадавших при политравме формирует подґрунття для дифференцированного подхода к травмированным с нормальной массой тела и ожирением различной степени и разработки "специфических" диагностических критериев в такой категории людей.

Ключевые слова: политравма, ожирение.

Khimich S.D., Chemeris O.M.

PECULIARITIES OF DAMAGE DIAGNOSTIC OF MULTIPLE TRAUMA IN OBESITY PEOPLE

Summary. At the clinical material - 42 patients analyzed diagnostic validity of traditional survey methods in people with normal body weight and obesity after multiple trauma. Diagnostic value of certain methods determined by determining their sensitivity and

specificity of diagnostic tests for some method of J.H. Davis. The value of some routine conventional objective methods of examination after polytrauma with normal weight ($BMI \geq 24.9 \text{ kg} / \text{m}^2$) is high and sufficient to determine the severity of damage with subsequent determination of treatment policy. However, in obese patients observed reduction of the diagnostic value of these methods more than 20 - 25% ($p > 0.05$), which can be associated with fat deposition and decreased sensitivity of receptor and pain, with this relationship directly with waving of obesity degree. The data on the diagnostic value of some traditional survey methods in patients after polytrauma forms the base for a differentiated approach to trauma with normal body weight and obesity varying degrees and develop "specific" diagnostic criteria in this category of people.

Key words: multiple injuries, obesity.

Рецензент - д.мед.н., проф. Базилевич А.Я.

Стаття надійшла до редакції 15.06.2016р.

Хімич Сергій Дмитрович - д.мед.н., проф., зав. кафедри загальної хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова; +38(067)962-23-39; s-khimich@ukr.net

Чемерис Орест Мирославович - к.мед.н., асистент кафедри хірургії № 1 Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; +38(097)953-44-43; orestchemerys@gmail.com

© Возіанов С.О., Слободянюк В.А.

УДК: 616.61-002-092

Возіанов С.О., Слободянюк В.А.

ДУ "Інститут урології НАМН України" (вул. В. Винниченка, 9а, м. Київ, Україна, 04053)

КРИТЕРІЇ ОЦІНКИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО РЕЗЕРВУ БЛОКОВАНОЇ НИРКИ ПРИ ОБСТРУКТИВНИХ УРОПАТІЯХ

Резюме. Проведено клінічне обстеження і лікування хворих з довготривалою обструкцією верхніх сечових шляхів. Застосовані сучасні методи візуальної діагностики, що дозволили визначити інформативні критерії відновлення функціональної спроможності блокованої нирки.

Ключові слова: обструкція верхніх сечових шляхів, черезшкірна пункційна нефростомія, критерії зворотних змін блокованої нирки.

Вступ

Обструкція сечових шляхів відома і досить розповсюджена серед урологічних захворювань патологія. Не дивлячись на, здавалось би, достатню вивченість, вона залишається серйозною проблемою сучасної медицини.

Для комплексу структурно-функціональних змін ниркової паренхіми переважно тубулоінтерстиціального типу, що розвиваються внаслідок порушення пасажу сечі різного генезу, на різних рівнях, застосовують термін "обструктивні уропатії" (ОУ) [8, 9]. Причини обструкції можуть бути вродженими (серед аномалій і вроджених пороків сечовидільної системи ОУ займають одне з провідних місць) і набутими (найбільш часто - сечокам'яна хвороба). Близьке анатомічне розташування тазового відділу сечовода до органів малого таза пояснює залучення верхніх сечових шляхів (ВСШ) до патологічного процесу при пухлинах матки, передміхурової залози, кишечника ще до клінічної маніфестації пухлини [4]. Можуть бути ятрогенні пошкодження сечовода внаслідок операцій на органах черевної порожнини, малого таза, при проведенні променевої терапії. В останні роки ятрогенні пошкодження сечоводів з подальшим утворенням рубцевих звужень обумовлені широким використанням ендоскопічних методів лікування [3]. Доволі широко представлена група ОУ і у дітей [6]. Нерідко зустрічається двобічний обструктивний процес [11, 16].

Успіх лікування ОУ залежить від ранньої діагности-

ки, правильно вибраної тактики, а також від морфологічних змін, що наступили в нирці та ВСШ до моменту ліквідації обструкції. На жаль, довготривалий час ОУ можуть мати безсимптомний перебіг або характеризуватися неспецифічними клінічними проявами, а тому можуть бути не розпізнані, особливо при однічному враженні, аж до моменту виникнення серйозних ускладнень. Нерідко першим симптомом ОУ є інфекція сечових шляхів і клінічна картина основного захворювання набуває симптоми, що характерні для загострення хронічного пієлонефриту [2, 13]. Помилки в діагностиці ведуть до запізненого або нераціонального лікування, а в деяких випадках - до невиправданих оперативних втручань.

При обтурації ВСШ виникають надто значущі порушення уродинаміки з розвитком сечового стазу і внутрішньомискової гіпертензії, що сприяє появі виражених гемодинамічних порушень нирки. Ішемія та гіпоксія сприяють розвитку проліферативних процесів і функціональні порушення набувають органічного характеру. Розрізняють 5 основних механізмів, що сприяють розвитку склеротичних змін в нирці при ОУ: 1. підвищення внутрішньоуретерального тиску; 2. зміна внутрішньониркового кровотоку; 3. перерозподіл венозного відтоку; 4. інвазія інтерстицію нирки активованими клітинами імунної системи; 5. бактеріальна інфекція [5, 10]. Структурні порушення довгий час компенсуються гіпер-