

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені М.І. ПИРОГОВА

ЧУНДАК СТЕПАН СТЕПАНОВИЧ

УДК 614.88:616.3

**ПОЄДНАНА АБДОМІНАЛЬНА ТРАВМА У ПОСТРАЖДАЛИХ
ВНАСЛІДОК ДОРОЖНЬО-ТРАНСПОРТНИХ ПРИГОД:
ДОГОСПІТАЛЬНИЙ ЕТАП НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

14.01.03 – хірургія

Автореферат

дисертації на здобуття наукового ступеня

кандидата медичних наук

Вінниця – 2014

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України»

Науковий керівник: Лауреат Державної премії України, Заслужений лікар України, доктор медичних наук, професор **Гур'єв Сергій Омелянович**, ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України», заступник директора з наукової роботи.

Офіційні опоненти:

- доктор медичних наук, професор **Шапринський Володимир Олександрович**, Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова МОЗ України, завідувач кафедри хірургії №1;
- доктор медичних наук, професор **Шейко Володимир Дмитрович**, ВНДЗУ «Українська медична стоматологічна академія» МОЗ України, завідувач кафедри хірургії №2.

Захист дисертації відбудеться “ ____ “ _____ 2014 р. о ____ на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 05.600.01 при Вінницькому національному медичному університеті імені М.І. Пирогова МОЗ України (21018, Україна, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56).

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова МОЗ України (21018, Україна, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56).

Автореферат розісланий “ ____ “ _____ 2014 р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради,
доктор медичних наук, професор



С. Д. Хіміч

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Проблема лікування тяжких механічних пошкоджень в останні десятиліття в багатьох країнах посіла одне з провідних місць. Вона визначається гігантськими масштабами травматизму й тенденцією до постійного зростання (С.П. Міронов і співавт., 2006; М.І. Давидовий, 2007; Є.О. Євдокимов, 2007; В.В. Щедренюк, Е.К. Гуманенко й співавт., 2008; С.О. Гур'єв та співавт., 2012; Е.Д. Мак Кензіє et al., 2011). Травматизм називають епідемією століття. Частіше почали зустрічатися множинні й поєднані пошкодження, що супроводжуються розвитком тяжкого травматичного й геморагічного шоку. Тяжка механічна травма є однією з трьох основних причин смертності, причому в населення до 40 років ця причина посідає перше місце.

Щорічно в світі в результаті ДТП гинуть 1,2 млн. чоловік, 20 - 50 млн. отримують травми, стають інвалідами. Резолюцією Генеральної Асамблеї ООН 2011-2020 рр. проголошено Десятиліттям дій із забезпечення безпеки дорожнього руху.

Масштаби дорожньо-транспортного травматизму в Україні, значно випереджають аналогічні показники більшості держав світу. За перші 9 місяців 2013 року, згідно даних МНС України, в Україні зареєстровано 22379 ДТП, в яких загинуло 3201 і травмовано 27409 чоловік. Вірогідність потрапити в дорожньо-транспортну подію із смертельним результатом в Україні в п'ять разів вище, ніж в західноєвропейських країнах. Україна потрапила в групу країн високого ризику щодо безпеки пішоходів.

Одним із провідних факторів, що сприяють зменшенню кількості тяжких наслідків дорожньо-транспортних травм, є своєчасне та якісне надання екстреної медичної допомоги травмованим. На сучасному етапі розвитку хірургії, травматології, нейрохірургії та інтенсивної терапії відсутня загальноприйнята програма лікувальної тактики при множинній і поєднаній травмі залежно від тяжкості стану, кількості уражених систем і специфіки органної дисфункції. Не відпрацьовані підходи до кількісної оцінки прогнозу, тяжкості стану, необхідні для вибору обсягу інтенсивної терапії, клінічного моніторингу ефективності лікування (А.Н. Лебедев і співавт., 1995; С.Р. Абдурахманова, 2005; В.О. Шапринський та співавт., 2006; А.В. Варданян, 2006; В.Д. Шейко, 2013; М.А. Максименко, 2013). За даними Головного бюро СМЕ України, однією з основних причин летальності постраждалих внаслідок ДТП є абдомінальна травма, причому така смертність не має тенденції до змінення.

Незважаючи на велику кількість наукових праць присвячених медико-санітарним наслідкам ДТП, зокрема абдомінальної травми, залишаються невизначеними основні клініко-епідеміологічні та клініко-нозологічні характеристики пошкоджень органів черевної порожнини, включно механізм травми, участь в дорожньому русі (пішохід, водій, пасажир), ризику виникнення летального результату перебігу травматичного процесу в постраждалих з абдомінальною травмою внаслідок ДТП та їх якісні характеристики; відсутні науково обґрунтовані протокольні лікувально-діагностичні заходи лікування на етапах надання медичної допомоги (зокрема догоспітальному та ранньому

госпітальному етапах).

Вищевикладене обумовило актуальність, доцільність та напрямок даного дисертаційного дослідження.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота виконана за планом ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України» і є фрагментом комплексної науково-дослідної роботи «Розробити ефективні заходи надання екстреної медичної допомоги при травматичних пошкодженнях людини, що виникають внаслідок дорожньо-транспортних пригод» (Державний реєстраційний номер 01104000968, код КПКВ 2301050).

Мета роботи – підвищення виживаємості постраждалих з поєднаною абдомінальною травмою внаслідок ДТП, шляхом покращення надання медичної допомоги постраждалим на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах на підставі розробки та впровадження сучасних протокольних схем лікування із застосування ризик-орієнтованого підходу.

Завдання дослідження:

1. Вивчити та визначити основні клініко-епідеміологічні та клініко-нозологічні характеристики постраждалих з абдомінальною травмою внаслідок ДТП.

2. Визначити клінічну характеристику пошкоджень постраждалих з поєднаною абдомінальною травмою внаслідок ДТП в уніфікованому вигляді із застосуванням методології уніфікації з використанням стандартизованої системи оцінки тяжкості пошкоджень.

3. Провести аналіз причин летальності постраждалих з абдомінальною травмою внаслідок ДТП та визначити зв'язок летального результату перебігу травматичного процесу в залежності від ознаки участі в русі.

4. Визначити клінічні результативні ризики виникнення летального результату при лікуванні постраждалих з абдомінальною травмою внаслідок ДТП.

5. Провести науковий аналіз помилок та недоліків надання допомоги постраждалим з абдомінальною травмою внаслідок ДТП.

6. Обґрунтувати та розробити заходи щодо профілактики додаткового (вторинного) травмування та виникнення життєнебезпечних ускладнень у постраждалих з поєднаною абдомінальною травмою внаслідок ДТП на догоспітальному етапі.

7. Розробити протокольні схеми надання медичної допомоги постраждалим з абдомінальною травмою внаслідок ДТП на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах та оцінити їх ефективність у відповідності з концепцією управління клінічними ризиками, оцінити їх вплив на ефективність оперативного лікування.

Об'єкт дослідження – пошкодження органів черевної порожнини у постраждалих внаслідок ДТП.

Предмет дослідження – надання медичної допомоги постраждалим з поєднаною абдомінальною травмою, отриманою внаслідок ДТП, на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах.

Методи дослідження: клініко-анамнестичний, фізикальний, клініко-

епідеміологічний, клініко-нозологічний, рентгенологічний, ультразвукового дослідження, комп'ютерної томографії, патогістологічний, експертний, медичної статистики, стандартизації, управління ризиками.

Наукова новизна одержаних результатів. Вперше із застосуванням концепції управління клінічними ризиками визначені клініко-епідеміологічні та клініко-нозологічні характеристики абдомінальної травми внаслідок ДТП.

Здійснено науковий аналіз причин смертності постраждалих з абдомінальною травмою внаслідок ДТП.

Науково обґрунтовано сучасну концепцію лікування постраждалих з абдомінальною травмою внаслідок ДТП на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах надання медичної допомоги

Розроблено та впроваджено в лікарську практику використання тазово-абдомінального поясу при транспортуванні постраждалих з абдомінальною травмою внаслідок ДТП до лікувальних закладів.

Сформульовано науково обґрунтовані протокольні схеми надання допомоги постраждалим з поєднаною абдомінальною травмою внаслідок ДТП на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах надання медичної допомоги.

Практичне значення одержаних результатів. На основі концепції управління клінічними ризиками запропоновано та запроваджено в практику оптимізацію клініко-організаційних заходів на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах надання медичної допомоги постраждалим з поєднаною абдомінальною травмою внаслідок ДТП.

Впроваджено в практичну діяльність протокольні схеми допомоги постраждалим з поєднаною абдомінальною травмою внаслідок ДТП на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах.

Вперше розроблено та впроваджено в лікарську практику використання тазово-абдомінального поясу, що дозволило збільшити безпеку транспортування постраждалих та зменшити поглиблення тяжкості шоку на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах (Пат. № 73984 «Тазово-абдомінальний пояс»).

Результати наукового дослідження впроваджені в практичну діяльність Українського науково-практичного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф та Київської міської станції швидкої медичної допомоги.

Особистий внесок здобувача. Автором дисертації особисто проведено аналітичний огляд джерел наукової інформації, здійснено збір, накопичення та обробку первинних даних відносно постраждалих з абдомінальною травмою внаслідок ДТП (163 постраждалих), проведено статистичну обробку первинних даних. Постановка мети, завдань дослідження, аналіз та узагальнення отриманих результатів проведені з науковим керівником дисертації, д.м.н., проф. Гур'євим С.О.

Апробація результатів дисертації. Основні результати дисертаційної роботи були представлені та обговорювались на науково-практичній конференції «Актуальні питання екстреної медичної допомоги» (Кам'янець-Подільський, 2011), науково-практичній конференції з міжнародною участю «Сучасні теоретичні та практичні аспекти остеосинтезу» (Донецьк–Урзуф, 2012), науково-практичній конференції «Проблеми військової охорони здоров'я» (Одеса, 2012);

«Стандартизація екстреної медичної допомоги постраждалим внаслідок транспортних пригод» (Київ, Пуща-Водиця, 2013); засіданні обласного товариства травматологів Закарпаття (Мукачево, 2013); на Вчених радах ДЗ «УНПЦ ЕМД та МК МОЗ України».

Публікації. За матеріалами дослідження по темі дисертації опубліковано 6 наукових статей. З них 5 – у виданнях, що затверджені ДАК України, отримано 1 патент України на корисну модель, видано методичні рекомендації та 1 інформаційний лист.

Структура і об'єм роботи. Дисертація викладена українською мовою, складається із вступу, переліку умовних скорочень, восьми розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. Загальний обсяг дисертації становить 145 сторінок машинописного тексту. Робота ілюстрована 31 малюнком, 43 таблицями. Список використаних джерел нараховує 250 найменувань, в тому числі 83 іноземних.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріали та методи дослідження. У вступі обґрунтовано актуальність теми і зв'язок роботи з науковими планами та темами, сформульовано мету і завдання дослідження, визначено об'єкт та предмет дослідження, вказано методи дослідження, розкрито наукову новизну і практичне значення дисертаційної роботи, подано інформацію про особистий внесок здобувача та апробацію результатів дисертаційної роботи.

У першому розділі проаналізовано, узагальнено та систематизовано дані наукової літератури щодо структури, діагностики та тактики лікування абдомінальної травми у постраждалих внаслідок ДТП.

У другому розділі описано матеріали та методи дослідження. Формування бази даних дослідження проводилося в межах розрахункового необхідного та достатнього обсягу дослідження методом беззворотньої рандомізації із застосуванням часової ознаки (до та після впровадження уніфікованих лікувально-діагностичних заходів).

Обсяг груп склав: основної групи (до впровадження) – 98 постраждалих, контрольної (після впровадження) – 65, тобто відповідно 60,12% та 39,88% загального масиву дослідження, що відповідає критеріям порівняльно-доказової медицини та дозволяє провести достатньо повноцінний аналіз і отримати достовірні результати.

Результати дослідження та їх обговорення. Характеристика статі постраждалих є однією з найбільш типових ознак клініко-епідеміологічної характеристики. Серед постраждалих мала місце виражена девіація розподілу масиву в бік чоловічої статі. Так, серед постраждалих питома вага чоловіків перевищує питому вагу жінок в 2,1 рази. Керуючись характером дослідження, ми вивчили характер розподілу за ознакою статі в результативних групах. Аналіз даних встановив, що виживаність жінок значно вище за чоловіків, на 24,08% в абсолютному значенні інтенсивного показника або на 63% рівня базового

показника (показник співвідношення 1,63).

Аналіз розподілу масиву за ознакою віку дозволив встановити наступне: 1) питома вага осіб найбільш працездатного віку (20-39 років) складає 57,05% загального масиву постраждалих і є найбільшою; 2) найменшу питому вагу постраждалих складають особи літнього віку (більше 60 років), вона складає 17,18% масиву досліджень, хоча при цьому питома вага жінок в даній віковій категорії на 15,29% вище базового показника; 3) група постраждалих у віковій категорії 40 – 59 років складає 20,86% масиву досліджень.

Аналіз розподілу масиву вивчення за ознакою віку в результативних групах продемонстрував, що найбільше постраждалих виживає у вікових групах до 30 років, найменша ж виживаність спостерігається у вікових групах 40 – 49 та 60 і більше років. У вікових групах 30 – 39 та 50 – 59 років виживаність складає 46,15% та 46,67 % відповідно, що є близьким до середнього показника розподілу (46,01%). Для того, щоб верифікувати вплив ознаки статі та віку на результат перебігу травматичного процесу, було проведено інтегральний аналіз розподілу масиву вивчення за ознакою статі та віку в результативних групах. Дані аналізу свідчать про наявність певних закономірностей інтегрального розподілу, а саме: 1) має місце досить нерівномірний характер розподілу за ознакою результату та ознакою віку в обох статевих групах; 2) в цілому виживаність вища у жінок, особливо у віковій групі 30-39 років, де абсолютне значення інтенсивного показника на 37,02% вище, або практично в 2 рази вище, ніж у чоловіків, та в групі осіб літнього віку, де абсолютне значення вище на 36,92%, тобто в 2,6 рази. Найменша виживаність у чоловіків має місце у віковій категорії 60 та більше років, у жінок - у віковій групі 40 - 49 років.

Нами було звернуто увагу на такий фактор, як участь постраждалих в дорожньому русі. Аналіз даних довів, що найбільшу питому вагу постраждалих складають пішоходи – 51,53%, що в 4,2 рази більше найменшої групи постраждалих – водіїв та пасажирів 2-колісного транспорту (12,27%). Досить значну частину загального масиву (близько 1/5) склали водії та пасажирів 4-колісного транспорту – 17,18% та 19,02% відповідно. Вище наведене дозволяє стверджувати, що отримання пошкоджень за результативною ознакою участі в дорожньому русі є суттєвим компонентом клініко-епідеміологічної характеристики травми органів черевної порожнини внаслідок ДТП.

Дані аналізу розподілу масиву вивчення за клініко-анатомічною ознакою дозволили встановити, що найбільшу питому вагу мають пошкодження печінки (32,65%), що в 4 рази перевищують найменшу групу – пошкодження підшлункової залози (8,16%). Другу, по частоті пошкоджень, групу складають постраждалі з пошкодженнями брижі кишківника – 27,55%, а третю – з пошкодженнями селезінки (21,43%). Пошкодження порожнистих органів при абдомінальній травмі внаслідок ДТП спостерігається відносно рідко – 10,2%.

Нами був проведений аналіз розподілу масиву вивчення за ознакою клініко-анатомічної форми пошкодження в результативних групах, який дозволив встановити наявність певних закономірностей розподілу, а саме: по-перше, в групі з негативним результатом перебігу травматичного процесу пошкодження внутрішніх органів черевної порожнини спостерігається значно частіше, ніж в групі одужавших (показник співвідношення 2,92). По-друге, показники питомих ваг в групах за

клініко-анатомічними формами пошкоджень по результат перебігу травматичного процесу по першим двом ранговим групам практично співпадають і в сумарній масі складають 60% серед померлих та 60,28% серед одужавших. В клініко-анатомічній формі печінка співвідношення "померлі : одужавші" складає – 3,0, селезінка – 2,5, брижа кишки – 2,86, підшлункова залоза – 7, порожнистий орган – 2,33.

Аналіз клініко-анатомічних форм поєднання пошкоджень органів черевної порожнини довів наступне.

По-перше, мають місце поєднання клініко-анатомічних форм пошкоджень, які притаманні лише групі з негативним результатом перебігу травматичного процесу. При тому, можна визначити, що: 1) до таких клініко-анатомічних форм поєднання відносяться пошкодження печінки, брижі кишківника та підшлункової залози, тобто поєднання крововиливу та інфікування; 2) як правило, в групі з негативним результатом перебігу травматичного процесу таких клініко-анатомічних форм більше трьох.

По-друге, існує певна різниця клініко-анатомічної структури пошкоджень в групах померлих та одужавших.

Водночас, летальність за клініко-анатомічними формами поєднання дуже різниться і сягає показника до 100% при пошкодженні печінки та підшлункової залози, коливається в межах 50-100% залежно від форми поєднання.

Стосовно летальності постраждалих з різними клініко-анатомічними формами поєднання за ознакою участі в дорожньому русі можна сказати, що вона суттєво коливається в залежності від клініко-анатомічної форми поєднання та ознакою участі в русі.

Аналіз розподілу загального масиву постраждалих за ознакою тяжкості пошкодження за шкалою ISS у результативних групах дозволив визначити, що найбільш часто у масиві хворих, які вижили, зустрічається пошкодження з тяжкістю за шкалою ISS 16-20 балів з показником 65,33 %, що в 1,84 рази перевищує показник загального масиву (35,58 %). У масиві постраждалих, які померли, найбільш часто зустрічається пошкодження з тяжкістю за шкалою ISS 30-40 балів з показником 32,95 %, що в 1,58 рази перевищує показник загального масиву (20,86%).

Дані аналізу розподілу загального масиву постраждалих за ознакою тяжкості пошкодження за шкалою ISS у результативних групах за ознакою участі в русі дозволяють встановити, що серед водіїв 4-колісного транспорту серед померлих найбільшу питому вагу складають постраждалі з тяжкістю пошкодження 30-40 балів (33,33%), у результативній групі постраждалих, що вижили серед водіїв 4-колісного транспорту найбільшу питому вагу складають постраждалі з тяжкістю травми 16-20 балів (46,15%). У постраждалих пасажирів 4-колісного транспорту, серед померлих найбільшу питому вагу складають постраждалі з тяжкістю пошкодження 30-40 балів (33,33%), серед одужавших – постраждалі з тяжкістю пошкодження 16-20 балів за шкалою ISS (31,82%). Серед пішоходів найбільшу питому вагу серед результативної групи померлих, склали постраждалі з тяжкістю пошкодження 41-49 (39,62%), серед одужавших – з тяжкістю пошкодження 21-29 балів (36,36%). У постраждалих водіїв та пасажирів 2-колісного транспорту, серед померлих найбільшу питому вагу складають постраждалі з тяжкістю пошкодження 30-40 балів (54,55%), серед одужавших – 21-29 балів (55,56%).

Дані аналізу з урахуванням віку свідчать, що із зростанням показника віку, тяжкість перебігу травматичного процесу виникає при більшому показнику тяжкості пошкодження, при тому, починаючи з віку 50 років, фактор віку, стосовно тяжкості перебігу та результату перебігу травматичного процесу, превалює над фактором тяжкості пошкодження.

Однією з основних ознак пошкодження на догоспітальному етапі надання медичної допомоги безумовно є шок. Для оцінки шоку нами було застосовано шоківий індекс Альговера (ІА), як найбільш простий для підрахунку, що має велике значення на догоспітальному етапі надання медичної допомоги, та водночас досить інформативний. Ми вважали, що І ступеню шоку відповідає величина шоківого індексу 0,51 – 1,0, II ступеню – 1,01 – 1,5, III ступеню – 1,51 та більше.

Згідно даних аналізу, найбільшу питому вагу серед загального масиву складають постраждалі з I ступенем шоку (59,28%), на другому ранговому місці – III ступінь шоку (20,36%), при цьому постраждалі з величиною ІА до 2,0 складають 9,58%, а з величиною ІА більше 2,0 – 10,78%, на третьому ранговому місці – II ступінь шоку (17,37%), найменшу питому вагу складають постраждалі з величиною ІА до 0,5. Результати розподілу масиву в результативних групах вказує, що смертність зростає, а виживаність падає з ростом індексу Альговера, при цьому починаючи з величини індексу Альговера рівного 1,0, смертність в 2 рази перевищує виживаність, а з величини ІА до 2,0 – в 7 разів, що значно вище показників смертності за даними джерел наукової інформації. Це вказує на високоенергетичний характер пошкодження.

З метою верифікації впливу клініко-анатомічної форми пошкодження на ступінь шоку нами було проведено аналіз, який свідчить що найбільш часто тяжкий шок виникає внаслідок пошкодження печінки, брижі кишки та підшлункової залози, а у випадку пошкодження декількох органів черевної порожнини не існує вірогідної залежності ступені шоку від кількості пошкоджених органів, але має значення характер поєднання клініко-анатомічних форм пошкодження, найбільш шокогенними є поєднання, до складу яких входить підшлункова залоза та брижа кишки.

Виявлено також, що існують клініко-патогістологічні паралелі у постраждалих з пошкодженням органів черевної порожнини внаслідок ДТП, які полягають в тому, що пошкодження органів є наслідком впливу високоенергетичного травмуючого агенту та супроводжується значним руйнуванням анатомічної та гістологічної будови органів та структур черевної порожнини, що обумовлює з одного боку – виникнення кровотечі, з іншого боку – є патанатомічним субстратом, який прогностично обумовлює вираженість синдрому системної запальної відповіді у подальшому розвитку травматичного процесу і збільшує тяжкість та інтенсивність вказаного синдрому, що являє безпосередню загрозу для життя. Для пошкоджень печінки характерними будуть наступні ознаки: нерівномірне кровонаповнення синусоїдних капілярів, запусівання центральних вен і вен порталних трактів, балково-радіарна будова дольок збережена, чітка, у стромі дольок по ходу синусоїдних капілярів дрібні вогнища слабо вираженої лейкоцитарної інфільтрації, збережені гепатоцити в стані вираженої вираженої зернистої дистрофії, нерівномірне розширення (набряк) перисинусоїдальних просторів Діссе, що варіює від слабкого до вираженого,

вогнищевий крововилив по краю розриву, по периферії крововиливу – некрози окремих гепатоцитів, лейкоцитарна інфільтрація. Патогістологічними ознаками пошкодження селезінки будуть наявність ділянок геморагічного інфаркту, наявність збережених ділянок червоної пульпи з нерівномірно вираженим повнокров'ям судин зі стазом крові, при цьому стінки центральних артерій фолікулів, як правило, не змінені, вогнищевий склероз строми та стінки судин, збережені ділянки білої пульпи з наявністю лімфатичних фолікулів в яких спостерігається краєва делімфатизація та просвітлення реактивних центрів.

Дані щодо розподілу масиву загиблих за ознакою статі та віку свідчать, що найбільш часто постраждали з абдомінальною травмою внаслідок ДТП гинуть у віці 20-29 років, 2-ге місце – 40-49 та 60 і більше років. При тому така тенденція спостерігається за особами обох статей, однак варто зауважити, що в цілому показник смертності у всіх вікових групах (крім 20-29 років) перевищує такий у жінок. В групі 20-29 років спостерігається протилежна тенденція, де показник летальності у жінок майже в 2,4 рази перевищує такий у чоловіків.

Аналіз даних за ознакою участі в русі встановив, що майже 51% були пішоходами, 26,42% - водіями 4-колісного транспорту, 11,32% - пасажирями, майже 10% пасажирями та водіями 2-колісного транспорту, 1,89% - гужовий транспорт. Тобто, найбільш часто гинуть особи (близько 62%), які є пасивними учасниками дорожнього руху. Це певною мірою спростовує досить поширену думку про те, що саме мотоциклісти є основним контингентом загиблих.

Нами було проведено вивчення безпосередніх причин летального результату за даними судово-медичних експертів.

Встановлено, що основною причиною виникнення летального результату перебігу травматичного процесу, в постраждалих з абдомінальною травмою внаслідок ДТП, є масивна крововтрата (71,7%), на другому місці – набряк головного мозку (13,21%), на третьому місці – травматичний шок (11,32%), на четвертому – поліорганна недостатність (3,77%). В цьому сенсі варто зауважити, що у половини загиблих з набряком головного мозку був відсутній безпосередній краніальний компонент пошкодження, тобто набряк виник та розвинувся в результаті травматичної хвороби.

Також було встановлено, що має місце суттєва розбіжність постраждалих за етапом надання медичної допомоги: 77,36% гинуть на догоспітальному етапі, і тільки близько 23% - на госпітальному, що вказує на особливу важливість догоспітального етапу.

З метою верифікації постраждалих, нами був проведений аналіз безпосередніх причин смерті за етапами надання медичної допомоги, який показав, що на догоспітальному етапі 85% постраждалих гине внаслідок масивної крововтрати, 9,76% - внаслідок травматичного шоку і лише близько 5% - внаслідок гострого набряку головного мозку.

З метою більш ретельного вивчення проблеми та визначення засад для обґрунтування протокольних схем, нами було вивчено безпосередні причини смерті на етапах надання медичної допомоги залежно від ознаки участі в дорожньому русі.

На догоспітальному етапі внаслідок масивної кровотечі водії 4-колісного транспорту гинуть майже в однаковій ступені в 80%, що на 5,7% в абсолютному

значенні інтенсивного показника, або на 6,29% базового показника, нижче показника загального масиву. Пішоходи гинуть у 89% випадків, що на 3,52% абсолютного значення інтенсивного показника, або на 4,13% базового показника, більше за показник загального масиву. При тому, водії та пасажери 2-колісного транспорту гинуть лише у 25% випадків, що в 3,4 рази менше показника загального масиву.

Характер безпосередніх причин смерті вказує на те, що масивна крововтрата та травматичний шок є безпосередніми причинами смерті в 95% на догоспітальному етапі, де гине майже 78% всіх постраждалих, при чому боротьба з виникненням ускладнень, за даними експертної оцінки судової медичної експертизи, була вкрай неадекватною на догоспітальному етапі практично в 100% випадків пошкоджень.

Нами було проведено інтегральний аналіз ризиків за ознакою статі у вікових групах.

Отримані дані показали, що ризик виникнення летального результату перебігу травматичного процесу в постраждалих чоловіків є вищим не тільки в загальному масиві, а й у всіх вікових групах, однак, диферент показників є різним за віковими групами. В цілому ж, спостерігається тенденція до зростання різниці з віком, особливо, починаючи з вікової групи 30-39 років.

Вище наведені дані дозволяють стверджувати, що ризик-створюючі фактори «вік» та «стать» є пов'язаними, та інтегрально впливають на перебіг та результат травматичного процесу в постраждалих з абдомінальною травмою внаслідок ДТП.

Ознака участі в дорожньому русі також, безумовно, є важливим ризик-створюючим фактором. Дані, отримані в результаті розрахунків, дозволяють встановити, що найбільший показник клінічного результативного ризику мають пішоходи (1,71), на другому ранговому місці – водії та пасажери 2-колісного транспорту (1,22), на третьому – водії 4-колісного транспорту (1,15). У всіх вказаних груп учасників дорожнього руху якісна характеристика показника ризику знаходиться в категорії «катастрофічний», і лише у пасажирів 4-колісного транспорту, у яких показник ризику найменший (0,41), – в категорії «суттєвий». Такий відносно низький показник клінічного результативного ризику у пасажирів 4-колісного транспорту може бути пояснений більш ретельним дотриманням елементарних правил безпеки (застосування пасків безпеки під час руху), до яких водії ставляться більш зневажливо.

З метою верифікації клінічних результативних ризиків виникнення летального результату перебігу травматичного процесу, нами було проаналізовано показники ризику для різних клініко-анатомічних форм пошкоджень. Дані аналізу вказують на те, що найвищий показник ризику спостерігається у постраждалих з пошкодженнями підшлункової залози (7,0), на другому ранговому місці – постраждалі з пошкодженнями печінки (3,0), на третьому – з пошкодженнями брижі, при цьому, при всіх клініко-анатомічних формах пошкодження, якісна характеристика показника ризику – «катастрофічний».

З метою більш детального аналізу, нами було розраховано показники ризику та якісну характеристику для клініко-анатомічних форм поєднань пошкоджень у постраждалих з пошкодженням органів черевної порожнини. Проаналізувавши дані, ми встановили, що при всіх видах поєднань показник клінічного

результативного ризику є катастрофічним, окрім тих форм, показник ризику яких визначити було неможливо.

З метою більш детальної верифікації клінічних результативних ризиків виникнення летального результату перебігу травматичного процесу, нами були вивчені показники та якісна характеристика ризиків клініко-анатомічної форми поєднань, залежно від ознаки участі в дорожньому русі. Аналіз довів, що у водіїв 4-колісного транспорту усі види поєднань є катастрофічними, окрім тих, які визначити було неможливо. У пасажирів 4-колісного транспорту всі форми поєднань також є катастрофічними, так само у пішоходів та у водіїв та пасажирів 2-колісного транспорту якісні характеристики показника ризику є катастрофічними. Таким чином, варто зауважити, що стосовно ризику виникнення летального результату перебігу травматичного процесу у постраждалих внаслідок ДТП, основну роль відіграє не ознака участі в дорожньому русі, а саме тяжкість поєднання.

Нами було проведено вивчення ризиків виникнення летального результату перебігу травматичного процесу в залежності від показників тяжкості пошкоджень за стандартизованою шкалою оцінки ISS. Дані аналізу вказують на те, що в цілому показник ризику є катастрофічним. Однак, спостерігається тенденція до зростання показника ризику із зростанням показника тяжкості пошкодження, особливо різко, починаючи з показника тяжкості 30-40 балів, при тому, що в групі 16-20 балів показник ризику за якісною характеристикою є несуттєвим, а вже починаючи з 21 балу – катастрофічним.

Вивчення клінічних результативних ризиків залежно від клініко-анатомічної форми пошкодження визначило, що будь-яка форма поєднання пошкоджень органів черевної порожнини у постраждалих внаслідок ДТП, там де вдалося визначити ризик, є катастрофічною, тобто викликає безпосередню абсолютну загрозу для життя постраждалого, та певною мірою може вважатися такою, що несумісна з життям. Це пояснюється значною силою та високою інтенсивністю травмуючого агенту.

Таким чином, аналіз клінічних результативних ризиків виникнення летального результату перебігу травматичного процесу, вказує на те, що ризики виникнення летального результату перебігу травматичного процесу є значимими та, практично за всіма ризик-створюючими факторами, є критичними та катастрофічними. В цілому, ризик-створюючими факторами, стосовно виникнення летального наслідку перебігу травматичного процесу, є насамперед клініко-анатомічна форма поєднання пошкодження, ознака участі в дорожньому русі, тяжкість пошкодження, стать та вік постраждалого.

З метою уніфікації ризиків та визначення впливу ризик-створюючих факторів, нами було сформовано інтегральний рейтинг клінічних результативних ризиків виникнення летального результату перебігу травматичного процесу у постраждалих внаслідок ДТП. Аналіз даних дозволив встановити, що клінічні результативні ризики виникнення летального результату перебігу травматичного процесу, при будь-якій клініко-анатомічній формі пошкодження та інших ознаках, є катастрофічним за якісною характеристикою, однак найбільший показник ризику у чоловіків пішоходів з пошкодженням підшлункової залози та тяжкістю пошкодження за шкалою ISS 50 та більше балів в (7,36). Найменший ризик мають

жінки пасажери 4-колісного транспорту з пошкодженням порожнистого органу та тяжкістю до 20 балів (0,88). За клініко-анатомічною формою пошкодження найбільший ризик мають пошкодження підшлункової залози – 7, печінки – 3, брижі кишки – 2,86, а також поєднання «печінка + брижа кишки» - 3,0, але показник ризику суттєво залежить від ознаки участі в русі.

При цьому, для оцінки адекватності надання медичної допомоги було визначено наступні критерії: 1) термін початку медичної допомоги; 2) обсяг лікувально-діагностичних заходів; 3) адекватність (по терміну та напрямку) лікувальної евакуації.

Аналіз довів, що середній термін доставки бригади швидкої медичної допомоги складав 40 хвилин, коливаючись від 5 хвилин до 2 годин. Таким чином, з урахуванням ризиків, що викладено в попередньому розділі, такий термін не можна визнати адекватним в будь-якому випадку. Варто зауважити, що серед постраждалих, що померли, середній термін доставки складав 1 годину 5 хвилин, коливаючись від 20 хвилин до 2,5 годин. До того ж, мали місце випадки (близько 10%), коли пацієнти з відносно нетяжкими пошкодженнями залишалися на місці пригоди та потрапляли до лікувально-профілактичних закладів або викликали бригаду ШМД після виникнення ускладнень.

Аналіз адекватності лікувально-діагностичних заходів довів, що інфузія розчинів постраждалим була здійснена лише в 49,69% випадків, при чому тільки в поодиноких випадках (4 випадки) була здійснена катетеризація центральної вени. У постраждалих, що померли інфузія проводилась лише в 17,6% випадків. Варто зауважити, що об'єм інфузії був вкрай неадекватним та в середньому складав 300 мл, коливаючись в межах від 100 мл до 600 мл. Інфузія проводилась, як правило, ізотонічним розчином NaCl – в 77,78% випадків від загальної кількості постраждалих, яким взагалі виконувалась інфузія, 5% розчином глюкози – в 19,7% випадків, в 2,52% випадків проводилась інфузія сучасних кровозмісних препаратів.

Діагноз пошкодження органів черевної порожнини був встановлений на догоспітальному етапі лише в 36,2% випадків, а забій черевної стінки – в 19,63% випадків.

Адекватним знеболення можна назвати лише в 55,83% випадків, як таких, в яких застосовувалися наркотичні анальгетики в обсязі 1-2 мл, при цьому в 85,1% випадків використовувався омнопон.

Встановлено, що лише 24,45% постраждалих було транспортовано до лікувально-профілактичних закладів на автомобілях класу С. Варто зауважити, що лише в цих автомобілях були спеціалізовані носії, які забезпечують відносний спокій та безпеку при транспортуванні. Ще 23,97% постраждалих було транспортовано на ношах, передбачених для транспортування, інші 51,58% - на звичайних не пристосованих ношах, що створює загрозу збільшення кровотечі та розвитку травматичного шоку.

Зважаючи на вищевикладене та з урахуванням клінічних результативних ризиків, нами було розроблено протокольні схеми надання допомоги на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах, які базуються на наступних принципах (рис. 1, 2).

Сформована нами протокольна схема надання допомоги на догоспітальному

етапі, заснована на результатах клініко-епідеміологічної, клініко-нозологічної характеристик, дозволила підвищити ефективність надання медичної допомоги за рахунок оптимізації клініко-організаційного процесу надання медичної допомоги та за ризик-орієнтованою оцінкою знизила ризик виникнення летального результату перебігу травматичного процесу на 28,56%.

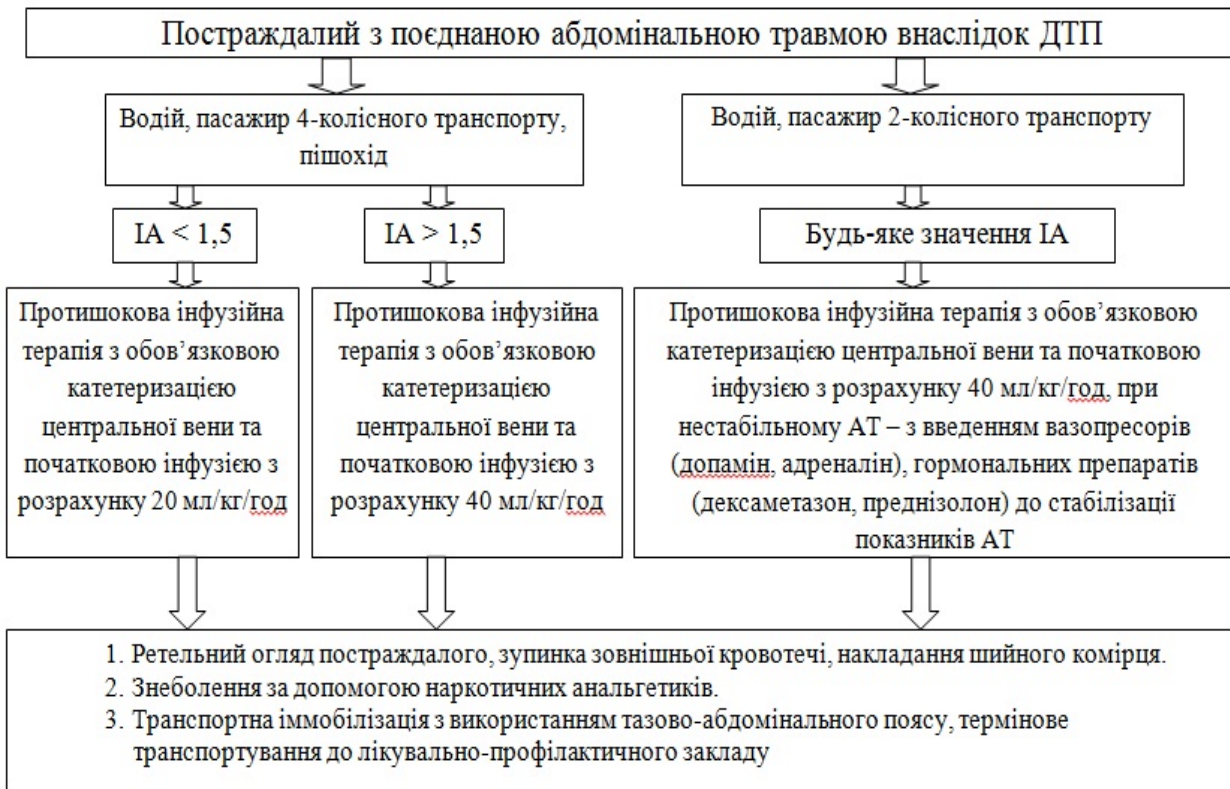


Рис. 1. Протокольна схема надання медичної допомоги постраждалим з поєднаною абдомінальною травмою внаслідок ДТП на догоспітальному етапі.

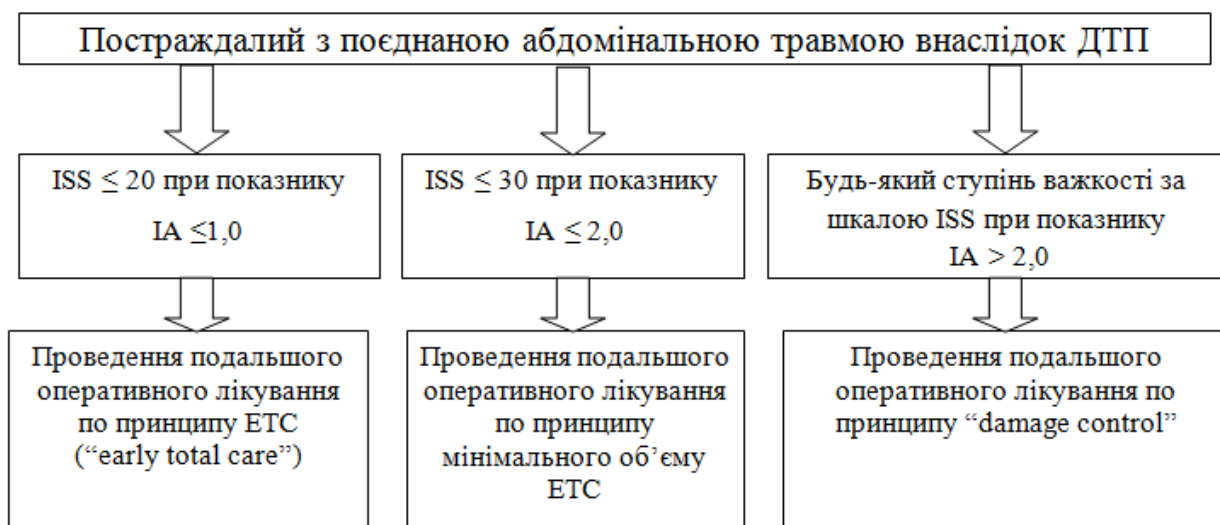


Рис. 2. Протокольна схема надання медичної допомоги постраждалим з поєднаною абдомінальною травмою внаслідок ДТП на ранньому госпітальному етапі.

Проведений аналіз ефективності використання уніфікованої протокольної схеми в результативних групах в залежності від виду оперативного втручання показав, що виживаність при виконанні оперативних втручань на госпітальному етапі надання медичної допомоги зростає з 26,33 % до 54,89% (табл. 1).

Таблиця 1

Аналіз ефективності використання уніфікованої протокольної схеми в результативних групах в залежності від виду оперативного втручання

Вид операції	Питома вага постраждалих, %							
	до застосування схеми				після застосування схеми			
	Ті, що одужали		Ті, що померли		Ті, що одужали		Ті, що померли	
	1	2	1	2	1	2	1	2
Лапароцентез	48,00	33,96	33,02	66,04	42,86	59,43	34,68	40,57
Релапароцентез	0	0	0,47	100	0	0	0	0
Лапаротомія	20	23,81	22,64	76,19	21,09	49,21	25,81	50,79
Релапаротомія	1,33	33,33	0,94	66,67	0,68	100	0	0
Програмована лапаростомія	0	0	0,94	100	0	0	0	0
Мікролапаротомія	1,33	12,50	3,30	87,50	2,04	42,86	3,23	57,14
Ушивання розривів печінки	6,67	17,24	11,32	82,76	8,84	44,83	12,90	55,17
Коагуляція розривів печінки	1,33	100	0	0	2,04	100	0	0
Холецистектомія	2,67	66,67	0,47	33,33	0,68	100	0	0
Холецистостомія	0	0	0,47	100	0	0	0	0
Холедохостомія	0	0	0,47	100	0	0	0	0
Вірсунгостомія	0	0	0,47	100	0	0	0	0
Тампонада розриву підшлункової залози	0	0	0,47	100	0	0	0	0
Спленектомія	4,00	13,04	10,37	86,96	8,16	43,48	11,29	56,52
Зашивання розриву селезінки	2,67	100	0	0	2,04	100	0	0
Зашивання розривів очеревини та її похідних	5,33	30,77	4,25	69,23	4,76	53,85	4,84	46,15
Вісцероліз	0	0	0,47	100	0	0	0	0
Резекція великого чепця	0	0	0,94	100	0	0	0	0
Перев'язка v. mesenterica inferior	0	0	0,94	100	0	0	0	0
Зашивання розривів кишки	4	30	3,30	70	4,08	60	3,23	40

Вид операції	Питома вага постраждалих, %							
	до застосування схеми				після застосування схеми			
	Ті, що одужали		Ті, що померли		Ті, що одужали		Ті, що померли	
	1	2	1	2	1	2	1	2
Резекція тонкої кишки	0	0	0,94	100	0,68	100	0	0
Накладання тонкокишкового анастомозу	0	0	0,47	100	0	0	0	0
Ушивання перфорації шлунку	0	0	0,47	100	0	0	0	0
ПХО ран передньої черевної стінки	1,33	50	0,47	50	1,36	66,67	0,81	33,33
Всього	100		100		100		100	

Примітки:

- 1– питома вага в результативній групі (%);
- 2– питома вага в даному виді операцій (%).

З метою забезпечення адекватності рівня безпеки транспортування та профілактики розвитку подальших ускладнень, нами було розроблено та запатентовано компактну шину-пояс (патент України № 73894 «Газово-абдомінальний пояс» від 10.10.2012 року), який дає можливість транспортування та лікування постраждалих з внутрішньочеревною кровотечею (рис. 3).

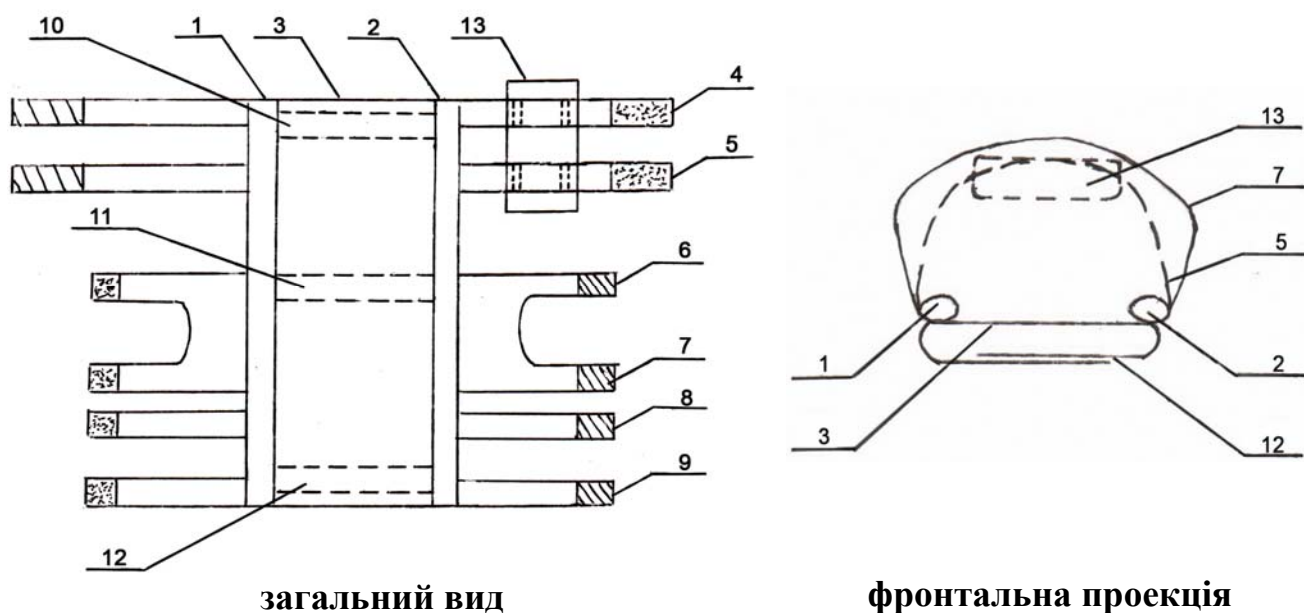


Рис. 3. Пропонований тазово-абдомінальний пояс. Позначення: 1, 2 – еластичні валики; 3 - опорна поверхня; 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 – фіксуючі ремені; 13 – мішечок з наповнювачем.

Його конструкція дозволяє врахувати індивідуальні анатомо-конституційні особливості постраждалого, забезпечити, що вкрай важливо, компресію на черевну стінку для зупинки внутрішньочеревної кровотечі або профілактики її збільшення. Конструкція поясу дозволяє усунути зсув таза по ширині, а також створює можливість додаткової фіксації постраждалого до транспортних нош при його транспортуванні на догоспітальному та госпітальному етапах. Це обґрунтовує використання поясу в першу чергу у потерпілих з важкими нестабільними ушкодженнями таза та можливими пошкодженнями внутрішніх органів живота з внутрішньочеревною кровотечею.

ВИСНОВКИ

В роботі розв'язані актуальні завдання сучасної хірургії – підвищення виживаємості постраждалих з поєднаною абдомінальною травмою внаслідок ДТП, шляхом покращення надання медичної допомоги постраждалим на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах на підставі розробки та впровадження сучасних протокольних схем лікування із застосування ризик-орієнтованого підходу.

1. Досліджено, що абдомінальна травма внаслідок ДТП виникає, насамперед, в осіб працездатного віку (57,05%) чоловічої статі (67,49%). За клініко-нозологічною структурою та клініко-анатомічними характеристиками абдомінальна травма внаслідок ДТП характеризується тяжкими поєднаними пошкодженнями органів черевної порожнини, що характеризує її як високоенергетичну травму.

2. Встановлено, що летальність постраждалих з абдомінальною травмою внаслідок ДТП є дуже високою (53,99%). При тому, летальний результат перебігу травматичного процесу настає в 77,36% випадків на догоспітальному етапі. Основною причиною виникнення летального результату перебігу травматичного процесу на догоспітальному етапі є масивна крововтрата – 92,11, при цьому вона вірогідно залежить від ознаки участі в русі, крім водіїв та пасажирів 2-колісного транспорту, де переважає смерть внаслідок гострого набряку головного мозку (50%).

3. Клінічна характеристика пошкоджень у постраждалих з абдомінальною травмою внаслідок ДТП вказує на тяжкий перебіг травматичного процесу, що визначено уніфікованою характеристикою тяжкості пошкодження за стандартизованою шкалою тяжкості ISS із показником тяжкості пошкоджень в середньому 28 балів з коливанням від 16 до 54, а також середньою величиною шокового індексу Альговера 1,4, з коливанням від 0,44 до 2,75, та залежить від ознаки віку, статі та участі в русі.

4. Клінічні результативні ризики виникнення летального результату перебігу травматичної хвороби, при будь-якій клініко-анатомічній формі пошкодження та інших ознаках, є катастрофічним за якісною характеристикою, однак найбільший показник ризику у чоловіків пішоходів з пошкодженням підшлункової залози та тяжкістю пошкодження за шкалою ISS 50 та більше балів в (7,36). За клініко-анатомічною формою пошкодження найбільший ризик мають

пошкодження підшлункової залози – 7, печінки – 3, брижі кишки – 2,86, а також поєднання «печінка + брижа кишки» - 3,0, але показник ризику суттєво залежить від ознаки участі в дорожньому русі.

5. Аналіз надання медичної допомоги постраждалим з абдомінальною травмою внаслідок ДТП довів, що вона є неадекватною, як за рівнем, так і за якістю. Насамперед, вкрай недостатнє проведення інфузійної терапії, знеболення можна назвати адекватним лише в 55,83% випадків. Встановлено, що вторинне травмування при транспортуванні постраждалих з поєднаною абдомінальною травмою до лікувального закладу, виникає у 4,29% та суттєво негативно впливає на перебіг травматичного процесу в постраждалих, внаслідок його неадекватності, та підвищує ризик виникнення летальності на 23,46%.

6. Розроблено та запатентовано компактний пояс (патент України № 73894 «Тазово-абдомінальний пояс» від 10.10.2012 року) для усунення небезпеки додаткового травмування та розвитку життєво небезпечних ускладнень при транспортуванні постраждалих на догоспітальному етапі. Його конструкція дозволяє врахувати індивідуальні анатомо-конституційні особливості постраждалого, забезпечити, що вкрай важливо, компресію на черевну стінку для зупинки внутрішньочеревної кровотечі або профілактики її збільшення.

7. В результаті застосування розроблених нами схем надання допомоги на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах, заснованих на результатах клініко-епідеміологічної, клініко-нозологічної характеристик, підвищилась ефективність надання медичної допомоги, виживаність при виконанні оперативних втручань на подальших етапах надання медичної допомоги зросла з 26,33% до 54,89%.

СПИСОК РОБІТ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Гур'єв С.О. Клініко-епідеміологічні характеристики пошкоджень органів черевної порожнини у постраждалих з полісистемними пошкодженнями внаслідок ДТП та характеристика клінічних результативних ризиків / С.О. Гур'єв, С.С. Чундак // Проблеми військової охорони здоров'я. – 2012. - Вип. 34, Т. 2. – С. 44-51. *(Автор брав участь у підборі матеріалу, аналізі і проведенні розрахунків та в узагальненні результатів)*

2. Гур'єв С.О. Визначення клініко-анатомічної структури пошкоджень органів черевної порожнини у постраждалих внаслідок ДТП за ознакою участі в дорожньому русі / С.О. Гур'єв, С.П. Сацик, С.С. Чундак // Український журнал телемедицини та медичної телематики. – Т. 10, Вип. 2. – 2012. – С. 98-102. *(Автор брав участь у підборі матеріалу, аналізі і проведенні розрахунків та в узагальненні результатів)* (Журнал включено до міжнародних науково-метричних баз)

3. Гур'єв С.О. Клінічні результативні ризики у постраждалих з абдомінальною травмою внаслідок дорожньо-транспортної пригоди залежно від інформативної ознаки участі в дорожньому русі / С.О. Гур'єв, С.П. Сацик, С.С. Чундак // Клінічна хірургія. - № 3. – 2013. – С. 30-32. *(Автор брав участь у підборі матеріалу, аналізі і проведенні розрахунків та в узагальненні результатів)* (Журнал включено до міжнародних науково-метричних баз)

4. Гур'єв С.О. Аналіз клініко-епідеміологічних характеристик та ризиків виникнення летального результату у постраждалих з абдомінальною травмою внаслідок дорожньо-транспортної пригоди / С.О. Гур'єв, С.С. Чундак, С.П. Сацик, // Травма. – Т. 14, № 2. – 2013. – С.123-126. 126 (*Автор брав участь у підборі матеріалу, аналізі і проведенні розрахунків та в узагальнені результатів*) (Журнал включено до міжнародних науково-метричних баз)

5. Гур'єв С.О. Аналіз причин летальності у постраждалих з абдомінальною травмою внаслідок ДТП / С.О. Гур'єв, С.П. Сацик, С.С. Чундак // Проблеми військової охорони здоров'я. – 2013. – Вип. № 38, Т. 2. - С. 35-41.

6. Надання екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі при травматичних пошкодженнях, що виникають внаслідок дорожньо-транспортних пригод (методичні рекомендації). / [С. О. Гур'єв, С.П. Сацик, П.В. Танасієнко, В.А. Кушнір, В.Є. Казачков, М.А. Максименко, С. С. Чундак]. – Київ, 2012. – 24 с. (*Автор брав участь у підборі матеріалу, аналізі та в узагальнені результатів*)

7. Пат. № 73984 Україна. Тазово-абдомінальний пояс / Роцин Г.Г., Гур'єв С.О., Сацик С.П., Крилюк В.О., Максименко М.А., Чундак С.С./ № u 201204583; заявник і патентовласник ДЗ «УНПЦЕМД та МК МОЗ України»; заявл. 11.04.2012; опубл. 10.10.2012; Бюл. № 19. (*Автор самостійно провів патентно-інформаційний пошук, допомагав у оформленні заявки*)

8. Гур'єв С.О. Надання екстреної медичної допомоги постраждалим внаслідок дорожньо-транспортних пригод / С.О. Гур'єв, С.П. Сацик, М.А. Максименко, С.С. Чундак // Актуальні питання екстреної медичної допомоги : мат. наук.-практ. конф., 13 липня 2011р. - Кам'янець-Подільський, 2011. – С. 27-28. (*Автор брав участь у підборі матеріалу, аналізі і проведенні розрахунків та в узагальнені результатів*)

АНОТАЦІЯ

Чундак С.С. Поєднана абдомінальна травма у постраждалих внаслідок дорожньо-транспортних пригод: догоспітальний етап надання медичної допомоги. – На правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.03 – хірургія. – Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова МОЗ України, Вінниця, 2014.

Дослідження проведене в обсязі 163 випадків, вивчено та проаналізовано клініко-нозологічні та клініко-епідеміологічні характеристики пошкоджень органів черевної порожнини, проведено клінічний аналіз надання медичної допомоги та визначено причини виникнення летального результату перебігу травматичного процесу, визначено та оцінено ризики виникнення летального результату перебігу травматичного процесу у постраждалих з пошкодженнями органів черевної порожнини внаслідок ДТП, пов'язані з клініко-епідеміологічними, клініко-нозологічними та клініко-організаційними факторами. Сформовані уніфіковані стандартизовані протокольні схеми надання медичної допомоги постраждалим з абдомінальною травмою внаслідок ДТП.

Завдяки науково-обґрунтованим заходам вдалося підвищити рівень якості та

ефективності лікувально-діагностичних заходів у постраждалих внаслідок ДТП з поєднаною абдомінальною травмою на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах та підвищити виживаність при виконанні оперативних втручань на подальших етапах надання медичної допомоги з 26,33% до 54,89%.

Ключові слова: поєднана абдомінальна травма, політравма, пошкодження, догоспітальний етап, ризику виникнення летального результату перебігу травматичного процесу, протокольна схема лікування.

АННОТАЦІЯ

Чундак С.С. Сочетанная абдоминальная травма у пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий: догоспитальный этап оказания медицинской помощи. – На правах рукописи.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.03 – хирургия. – Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова МЗ Украины, Винница, 2014.

Исследование проведено в объеме 163 случаев повреждений органов брюшной полости, изучены и проанализированы клиничко-нозологические и клиничко-эпидемиологические характеристики повреждений, проведен клиничский анализ оказания медицинской помощи и определены причины возникновения летального исхода течения травматического процесса, определены и оценены риски возникновения летального исхода течения травматического процесса у пострадавших с сочетанными повреждениями органов брюшной полости в результате ДТП, связанные с клиничко-эпидемиологическим, клиничко-нозологическим и клиничко-организационными факторами.

Установлено, что абдоминальная травма в результате ДТП возникает прежде всего у лиц трудоспособного возраста мужского пола. По клиничко-нозологической структуре и клиничко-анатомическими характеристиками абдоминальная травма в результате ДТП характеризуется тяжелыми сочетанными повреждениями органов брюшной полости, что характеризует ее как высокоэнергетическую травму.

Клиническая характеристика повреждений у пострадавших с сочетанной абдоминальной травмой в результате ДТП указывает на тяжелое течение травматического процесса и зависит от признака возраста, пола и участия в дорожном движении. Наиболее тяжелую травму получают водители 4-колесного транспорта и пешеходы.

Недостаточная эффективность и адекватность системы оказания медицинской помощи пострадавшим с абдоминальной травмой вследствие ДТП значительно увеличивает клинические результативные риски возникновения летального исхода протекания травматического процесса у пострадавших с травмой органов брюшной полости на догоспітальному етапі, особе значення має неадекватна по часу, якості та об'єму лікувальна допомога.

Сформированы унифицированные стандартизованные протокольные клиничко-организационные схемы оказания медицинской помощи пострадавшим с абдоминальной травмой в результате ДТП на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах. Применение протокольной схемы позволило значительно

улучшить уровень и качество оказания медицинской помощи пострадавшим с абдоминальной травмой в результате ДТП на догоспитальном раннем госпитальном этапах, повысить выживаемость при выполнении оперативных вмешательств на последующих этапах оказания медицинской помощи с 26,33% до 54,89%.

Ключевые слова: сочетанная абдоминальная травма, политравма, повреждения, догоспитальный этап, риски возникновения летального исхода течения травматического процесса, протокольная схема лечения.

SUMMARY

Chundak S.S. Combined abdominal trauma in victims of traffic accidents: prehospital stage of medical care – As Manuscript.

Dissertation for the degree of candidate of medical sciences, specialty 14.01.03 - Surgery. – Vinnitsa National Pirogov Memorial Medical University Ministry of Health of Ukraine, Vinnitsa, 2014.

The research, based on 163 cases, studied and analyzed clinical-nosological and clinical-epidemiological characteristics of injuries of the abdomen, conducted clinical analysis of medical care and determined the cause of lethal outcome of traumatic process, identified and evaluated risks of lethal outcome of traumatic process in patients with abdominal injuries due to accidents related to clinical-epidemiological, clinical-nosological and clinical-organizational factors. The unified standardized protocol schemes providing of medical aid to victims of abdominal trauma due to traffic accidents were formed. Due to science-based measures succeeded to increase the level of the quality and effectiveness of therapeutic and diagnostic measures affected by the accident with combined abdominal trauma in the prehospital and early hospital phases and increase survival rate at a later stage of medical care from 26.33% to 54.89%.

Key words: combined abdominal trauma, polytrauma, injury, prehospital stage, the risk of lethal outcome of traumatic process, protocol scheme of treatment.

Підписано до друку 28.01.2014 р. Замовл. № 026.
Формат 60x90 1/16 Ум. друк. арк. 0,8 Друк офсетний.
Наклад 100 примірників.

Вінниця. Друкарня ВНМУ ім. М.І.Пирогова, Пирогова, 56.

