

Визначення факторів ризику виникнення летального результату у постраждалих з поєднаними пошкодженнями з наявністю позаочеревинної гематоми

С.О.Гур'єв, В.А.Кушнір, В.Ю.Кузьмін, С.П.Сацик

Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф (директор — професор Г.Г.Рошін)
Київ, Україна

Проведено аналіз 196 випадків пошкодження органів та структур позаочеревинного простору у постраждалих із поєднаною травмою. На підставі вивчення клініко-нозологічних та клініко-анатомічних характеристик, а також травмагенезу та обставин виникнення пошкодження визначені фактори ризику виникнення летального результату в даній групі постраждалих.

Ключові слова: ризику, позаочеревинна гематома, поєднана травма, летальний результат.

Вступ

Проблема поєднаних пошкоджень (ПП) була й залишається однією з найбільш болючих проблем «медицини пошкоджень». Протягом останніх десятиріч дана проблема отримала нові аспекти, які в певній мірі пов'язані не тільки зі зростанням кількості та тяжкістю пошкоджень, але й зі структурними змінами, внаслідок чого значну питому вагу отримали пошкодження, які раніше вважались досить рідкими [1, 6, 8]. До таких пошкоджень безумовно відносяться пошкодження з наявністю позаочеревинної гематоми.

За даними попередніх наукових досліджень, ПП з наявністю позаочеревинної гематоми спостерігаються в 4,0-18,0% постраждалих

[9, 13, 16], причому ПП з наявністю позаочеревинної гематоми зустрічаються майже в 62,0% постраждалих із закритою абдомінальною травмою, в 11,0% — із пошкодженням хребта та в 25,0% — із травмою кісток таза. Більшість авторів погоджуються з тим, що основним патогномонічним та морфологічним субстратом пошкодження органів та структур позаочеревинного простору є позаочеревинна гематома [5-8].

Підвищення ефективності надання медичної допомоги постраждалим із ПП взагалі та з пошкодженням органів та структур позаочеревинного простору зокрема, на думку більшості науковців та лікарів, полягає в уніфікації лікувально-діагностичного процесу, що

Таблиця 1

Аналіз розподілу постраждалих за віковими групами в залежності від результату перебігу травматичного процесу

Вік, роки	Кількість постраждалих								
	Ті, що вижили			Померлі			Загальний масив		
	абс.	%	Ri	абс.	%	Ri	абс.	%	Ri
До 20	21	16,6	3	7	10,1	5	28	14,3	4
21-30	45	35,4	1	19	27,5	1	64	32,6	1
31-40	24	18,9	2	10	14,5	4	34	17,4	2
41-50	16	12,6	4	13	18,9	2	29	14,8	3
51-60	14	11,0	5	11	16,0	3	25	12,7	5
61-70	5	3,9	6	5	7,2	6	10	5,1	6
>71	2	1,6	7	4	5,8	7	6	3,1	7
Разом	127	100	—	69	100	—	196	100	—

Аналіз розподілу загального масиву за статтю по вікових групах

Вік, роки	Чоловіки (питома вага, %)				Жінки (питома вага, %)			
	Ті, що вижили	Померлі	У загальному масиві чоловіків	Ri	Ті, що вижили	Померлі	У загальному масиві жінок	Ri
До 20	17,0	4,4	13,0	4	15,2	20,8	17,5	2
21-30	36,2	33,3	35,3	1	33,4	16,8	26,3	1
31-40	21,3	17,8	20,1	2	12,1	8,3	10,5	4
41-50	11,7	24,4	15,8	3	15,2	8,3	12,4	3
51-60	10,6	11,1	10,8	5	12,1	25,0	17,5	2
61-70	3,2	6,8	4,3	6	6,0	8,3	7,0	6
>71	–	2,2	0,7	7	6,0	12,5	8,8	5
Усього	100	100	100	–	100	100	100	–

потребує, насамперед, стандартизації клінічних та діагностичних ознак пошкодження для формування адекватної лікувально-діагностичної тактики у даній категорії постраждалих [14].

Стандартизація клінічних ознак пошкодження залишається не повністю вирішеною проблемою «медицини пошкоджень» [10]. Насамперед це пов'язано не з тим, що не існує достатньої кількості стандартизованих систем оцінки, а навпаки — з їх занадто великою кількістю.

Принципово існують три типи стандартизованих систем оцінки:

- стандартизовані системи оцінки тяжкості стану постраждалого;
- стандартизовані системи оцінки тяжкості пошкоджень;
- комбіновані стандартизовані системи оцінки, які враховують як тяжкість самого пошкодження, так і реакцію організму постраждалого на пошкодження (стан постраждалого) [4].

Але сама кількість стандартизованих систем оцінки вказує на те, що жодна з них не може повністю задовольнити вимоги до адекватної оцінки стану постраждалого та тяжкості отриманих їм пошкоджень, у зв'язку

з чим не може забезпечити адекватність та ефективність формування бази для розробки та визначення ефективності лікувальної тактики [15].

Водночас слід зазначити, що й досі в «хірургії пошкоджень» спостерігається проблема невизначеності впливу пошкоджень конкретного органа чи структури позаочеревинного простору на перебіг травматичного процесу (ТП) у постраждалих із ПП [11]. У доступних огляду та аналізу джерелах наукової інформації немає уточнюючих даних щодо впливу пошкоджень органів та структур позаочеревинного простору на перебіг ТП, які були б наведені в якості кількісних та інтенсивних показників. Хоча всі науковці, котрі займаються проблемами ПП, вказують на те, що пошкодження органів та структур позаочеревинного простору на перебіг ТП є суттєвим та значною мірою погіршують результат, перебіг травматичної хвороби та мають безпосередню загрозу для життя постраждалого [2, 3].

Матеріали та методи дослідження

Формування бази даних даного дослідження було проведено за принципом формування ран-

Аналіз розподілу масиву вивчення за ознакою виду травматизму

Вид травматизму	Ті, що вижили			Померлі			Загальний масив		
	абс.	%	Ri	абс.	%	Ri	абс.	%	Ri
Побутовий	14	11,0	4	14	20,3	2	28	14,3	3
Виробничий	6	4,7	5	1	1,5	6	7	3,6	5
Вуличний	15	11,8	3	6	8,7	3	21	10,7	4
ДТП	47	37,0	1	40	58,0	1	87	44,4	1
Кримінальний	43	33,9	2	5	7,2	4	48	24,5	2
Інші	2	1,6	6	3	4,3	5	5	2,5	6
Усього	127	100	–	69	100	–	196	100	–

Таблиця 4

Аналіз розподілу масиву вивчення за ознакою механізму травматизму

Механізм травматизму	Ті, що вижили			Померлі			Загальний масив		
	абс.	%	Ri	абс.	%	Ri	абс.	%	Ri
Падіння	34	26,77	3	20	28,99	2	54	27,55	2
Прямий удар	55	43,31	1	33	47,83	1	88	44,90	1
Стиснення	35	27,56	2	12	17,39	3	47	23,98	3
Невідомо	3	2,36	4	4	5,79	4	7	3,57	4
Усього	127	100	—	69	100	—	196	100	—

домізованих контрольованих груп, за ознакою верифікованого пошкодження органів та структур, що викликають позаочеревинну гематому за беззворотньою методологією рандомізації.

Нами було проаналізовано медичну документацію 2125 постраждалих, які отримали ПП та знаходились на лікуванні в центрі політравми Українського науково-практичного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф на базі Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги протягом 2 років. З них 196 постраждалих з ПП з наявністю позаочеревинної гематоми склали групу дослідження (127 пацієнтів, що одужали, та 69 померлих).

Масив дослідження склали різні вікові групи постраждалих з ПП з наявністю позаочеревинної гематоми, середній вік яких становив 47,6 року. Розподіл масиву вивчення за статеву ознакою виявився наступним: осіб чоловічої статі було 71,9% (серед тих, що одужали, — 74,0% та 65,2% серед померлих); осіб жіночої статі — 29,1% (26,0% та 34,8% відповідно).

Результати дослідження та їх обговорення

Слід зазначити, що ризик як поняття є одночасно об'єктивно-суб'єктивною категорією. Його об'єктивність полягає в тому, що це поняття відображає реально існуючі в житті явища та процеси. Водночас необхідно розуміти, що він присутній незалежно від сприйняття його

наявності. Суб'єктивна сторона ризику полягає в тому, що він безпосередньо пов'язаний з вибором окремих альтернатив із подальшим розрахунком вірогідності їх проявів.

Ми вважали, що визначення та оцінка факторів ризику виникнення летального результату у постраждалих з ПП та позаочеревинною гематомою є необхідною частиною та підґрунтям для розробки і формування уніфікованої протокольної схеми з надання ефективної та адекватної медичної допомоги постраждалим даної категорії.

Вищевикладене обумовлено наступним:

- необхідно визначити вплив клініко-нозологічних та клініко-анатомічних характеристик, а також травмагенезу та обставин виникнення пошкодження на результат перебігу ТП, що повинно бути враховано лікарем при прогнозуванні результату перебігу ТП вже на ранньому госпітальному етапі;
- визначення ризику виникнення летального результату при тій чи іншій клініко-нозологічній та клініко-анатомічній формі пошкодження.

З метою визначення впливу вікової ознаки на результат перебігу ТП нами було проведе-

Таблиця 6

Рейтинг результатів

Рейтинги	Показники	Вид травматизму	Механізм травмування
1	0,51	ДТП	прямий удар
2	0,50	побутова	падіння
3	0,38	ДТП	стиснення
4	0,33	вуличний	падіння
5	0,17	виробничий	падіння
6	0,15	кримінальний	прямий удар
7	0,00	виробничий, кримінальний	стиснення

Таблиця 5

Показники інтегрального ризику виникнення летального результату перебігу травматичного процесу у постраждалих за ознаками обставин отримання пошкодження та виду травматизму

Вид травматизму	Падіння	Прямий удар	Стиснення
Побутова	0,5	—	—
Виробнича	0,17	—	0,00
ДТП	—	0,51	0,38
Вуличний	0,33	—	—
Кримінальний	—	0,15	0,00

Аналіз розподілу поєднаної травми за клініко-нозологічними формами

Вид поєднання	Ті, що вижили			Померлі			Загальний масив		
	абс.	%	R	абс.	%	R	абс.	%	R
ЗТЖ	22	17,32	2	2	2,90	6	24	12,25	3
ЗТЖ+ЧМТ	22	17,32	2	—	—	8	22	11,22	4
ЗТЖ+ЗТГК	21	16,54	3	4	5,80	5	25	12,76	2
ЗТЖ+ТХ	2	1,57	6	—	—	8	2	1,02	8
ЗТЖ+ТК	—	—	8	1	1,45	7	1	0,51	9
ЧМТ+ЗТГК+ЗТЖ	46	36,22	1	22	31,88	1	68	34,69	1
ТХ+ЗТГК+ЗТЖ	4	3,15	5	1	1,45	7	5	2,55	7
ЗТГК+ЗТЖ+ТК	—	—	8	1	1,45	7	1	0,51	9
ЧМТ+ТХ+ЗТГК+ЗТЖ	5	3,94	4	7	10,14	4	12	6,12	5
ЧМТ+ЗТГК+ЗТЖ+ТК	4	3,15	5	20	28,99	2	24	12,25	3
ТХ+ЗТГК+ЗТЖ+ТК	1	0,79	7	1	1,45	7	2	1,02	8
ЧМТ+ТХ+ЗТГК+ЗТЖ+ТК	—	—	8	10	14,49	3	10	5,10	6

Примітки: ТК — травма кінцівок, ТХ — травма хребта, ЗТЖ — закрыта травма живота, ЧМТ — черепно-мозкова травма, ЗТГК — закрыта травма грудної клітини.

но аналіз розподілу масиву дослідження за ознакою результату перебігу ТП у вікових групах.

Для встановлення вірогідності отриманих даних нами був проведений поліхоричний аналіз, який довів, що між віковою ознакою та ознакою результату перебігу ТП існує позитивний ($\phi^2=0,049$), помірний ($C=0,216$) та вірогідний ($\chi^2=9,604$) зв'язок. Однак потрібно зауважити, що показник вірогідності трохи нижчий за критичне значення відповідно до таблиць Снедекора, що вказує на те, що на результат перебігу ТП мають вплив інші причинні фактори.

З метою вивчення інтегрального впливу статевої та вікової ознак на перебіг ТП у постраждалих з ПП та наявністю позаочеревинної гематоми нами було проведено вивчення розподілу масиву постраждалих за віковою та статевою ознаками і результатом перебігу ТП.

Проведений поліхоричний аналіз довів, що між ознаками статі, віку та результатом перебігу ТП існує позитивний ($\phi^2=0,143$), виражений ($C=0,353$) та вірогідний ($\chi^2=28,028$) зв'язок, а вищевикладене положення знаходиться в межах поля вірогідності. Тобто можна стверджувати, що ознака статі, як і ознака віку (особливо їх сполучення), є важливою клініко-епідеміологічною характеристикою пошкоджень органів позаочеревинного простору, які мають вплив на перебіг ТП.

Причинні фактори, що сприяють виникненню пошкоджень, є однією з основних клініко-епідеміологічних характеристик будь-якого ТП. Повною мірою це стосується ПП взагалі та пошкоджень органів та структур, які супроводжуються позаочеревинною гематомою зокрема. Причинні фактори та обставини отриман-

ня травми визначаються, насамперед, видом травматизму.

З метою визначення характеру та сили впливу обставин отримання пошкодження на перебіг ТП у постраждалих з ПП та наявністю позаочеревинної гематоми було проведено аналіз розподілу масиву постраждалих за ознакою виду травматизму в результативних групах.

Для визначення вірогідності отриманих результатів нами був проведений поліхоричний аналіз, який довів, що між видом травматизму та результатом перебігу ТП існує позитивний ($\phi^2=0,113$), виражений ($C=0,318$) та вірогідний ($\chi^2=22,14$) зв'язок, а вищевикладене положення знаходиться в межах поля вірогідності.

Вищевикладене дозволяє стверджувати, що аналіз обставин отримання пошкоджень є суттєвим компонентом клініко-епідеміологічної характеристики ПП, які супроводжуються позаочеревинною гематомою.

Механізм виникнення пошкодження є дуже важливим для цілісної характеристики травми

Таблиця 8

Аналіз розподілу масиву вивчення у вікових групах за стандартизованою ознакою тяжкості пошкодження ISS

Ступінь тяжкості за шкалою ISS	Вікові групи			Усього
	15-44	45-64	Більше 65	
I	36,7	28,6	33,3	34,7
II	9,4	7,1	—	8,1
III	15,1	14,3	—	13,8
IV	38,8	50,0	66,7	43,4
Усього	100	100	100	100

Порівняльний аналіз фактичної та прогнозованої летальності постраждалих з поєднаною травмою та наявністю позаочеревинної гематоми

Ступінь тяжкості за шкалою ISS	Вікові групи								
	15-44			45-64			більше 65		
	П	Ф	Р	П	Ф	Р	П	Ф	Р
I	-	-	-	-	-	-	-	-	-
II	15,0	7,7	- 7,3	15,0		- 15,0	15,0	-	- 15,0
III	40,0	14,3	- 25,7	40,0	33,3	- 6,7	40,0	-	- 40,0
IV	50,0	66,7	+16,7	50,0	85,7	+35,7	50,0	90,0	+40,0

Примітки: П — прогнозована летальність (%); Ф — фактична летальність (%); Р — різниця з прогнозованою (%).

як явища. У першу чергу, це зумовлено прогностичною потенційною можливістю характеристики механізму травматизму для визначення сили та інтенсивності травмуючого агента, тому, зважаючи на вищевикладене, ми вважали за доцільне й необхідне провести аналіз розподілу масиву постраждалих з ПП та наявністю позаочеревинної гематоми за ознакою механізму травматизму (під час проведення даного дослідження ми вважали за доцільне визначити механізм виникнення пошкодження за преваючим компонентом).

З метою визначення характеру та сили впливу механізму травматизму на перебіг ТП у постраждалих з ПП та наявністю позаочеревинної гематоми був проведений аналіз розподілу масиву вивчення за ознакою механізму травматизму в результативних групах.

Результати поліхоричного аналізу свідчать про наявність між результатами перебігу ТП та механізмом травматизму позитивного ($\varphi^2=0,019$) та помірного ($C=0,136$) зв'язку. Це свідчить про те, що механізм травмагенезу хоча і є вірогідним ($\chi^2=3,742$) та суттєвим компонентом цілісної клініко-епідеміологічної характеристики пошкоджень органів та структур, які супроводжуються позаочеревинною гематомою, однак сам по собі не є вирішальним для перебігу ТП.

Поєднання впливу механізму та виду травматизму дає різний результат інтегрального впливу на перебіг ТП, що дозволяє визначити показники та рейтинг інтегрального ризику.

Таким чином, найбільший ризик виникнення летального результату перебігу ТП мають постраждалі, які отримали прямий удар у ДТП та внаслідок падіння в побуті, де гине половина постраждалих.

Для встановлення вірогідності отриманих даних нами був проведений поліхоричний аналіз, який довів, що між інтегральним впливом ознак обставин отримання пошкодження, механізму травмування та результатом виникнення летального результату перебігу ТП

у постраждалих із ПП та наявністю позаочеревинної гематоми існує позитивний ($\varphi^2=1,9064$), сильний ($C=0,8099$) та високовірогідний ($\chi^2=373,6651$) зв'язок, а вищезазначені положення знаходяться в межах поля вірогідності.

З метою визначення впливу обсягу та характеру поєднання пошкоджень органів та систем на результат перебігу ТП у постраждалих із ПП та наявністю позаочеревинної гематоми нами був проведений аналіз розподілу масиву вивчення за ознакою клініко-нозологічними формами поєднання в результативних групах.

Згідно з отриманими даними, спостерігається, хоча і непряма, тенденція щодо збільшення питомої ваги багатокомпонентних пошкоджень у групі з негативним результатом перебігу ТП у порівнянні з групою з позитивним результатом. Вказана тенденція, судячи з даних джерел світової наукової інформації, є притаманною ПП взагалі.

Наведені дані свідчать на користь різного за характером та інтенсивністю впливу клініко-нозологічних форм поєднання на перебіг ТП у постраждалих з ПП та наявністю позаочеревинної гематоми.

Для визначення вірогідності отриманих результатів нами був проведений поліхоричний аналіз, який довів, що між результатом перебігу ТП у постраждалих із ПП та наявністю позаочеревинної гематоми та клініко-нозологічною формою поєднання пошкоджень існує позитивний ($\varphi^2=0,362$), сильний ($C=0,515$) та високовірогідний ($\chi^2=100,94$) зв'язок, а вищевикладене положення знаходиться в межах поля вірогідності.

Клінічна характеристика ПП взагалі та пошкоджень органів та структур, що викликають позаочеревинну гематому як їх компонента, потребує уніфікації внаслідок її поліваріабельності. Враховуючи вищезазначене, нами була застосована методологія стандартизації клінічних ознак із використанням стандартизованих систем оцінки.

Таблиця 10

Аналіз впливу органів та структур пошкодження, які супроводжуються позаочеревинною гематомою, на перебіг травматичного процесу у постраждалих з поєднаною травмою

Характер пошкоджень		Ступінь тяжкості за ISS			
		I	II	III	IV
З пошкодженням органів та структур, що викликають позаочеревинну гематому	Летальність	–	6,3	18,5	74,1
	Вживаність	100,0	93,7	81,5	25,9
Ri		1	2	3	4
Без пошкодження органів та структур, що викликають позаочеревинну гематому	Летальність	–	5,3	12,9	45,7
	Вживаність	100,0	94,7	87,1	54,3
Ri		1	2	3	4
Різниця питомої ваги		–	0,99	5,62	28,40
Ri		1	2	3	4

Зважаючи на поліваріантність клінічних проявів ПП, що вкрай заважає опису клінічних ознак пошкоджень (з метою уніфікації клінічної картини), нами було застосовано стандартизовану систему оцінки тяжкості пошкоджень Injure severity score (ISS), запропонована Бейкером (1967 р.) у модифікації, передбаченій переглядом системи в 1974 р.

Як свідчать наведені дані, найбільша питома вага постраждалих із ПП та наявністю позаочеревинної гематоми спостерігається з IV ступенем тяжкості як у загальному масиві, так і в усіх вікових групах. При цьому спостерігається зростання питомої ваги за віком з 38,8% до 66,7% (тобто в 1,7 разу).

Водночас пошкодження легкого ступеня тяжкості майже не змінюється за віком та займає друге рангове місце (коливання середнього показника менше 6,0%).

У всіх вікових групах у постраждалих I-III ступеня тяжкості пошкодження прогнозована летальність перевищує фактичну, а в групі з IV ступенем тяжкості фактична летальність перевищує прогнозовану. За віком різниця переваги прогнозованої летальності над фактичною летальністю в групі IV ступеня тяжкості збільшується, водночас стійкої тенденції щодо зростання показника прогнозованої летальності

над фактичною летальністю в групі I-III ступеня тяжкості не спостерігається.

Враховуючи вищевикладене, ми вважали за необхідне та доцільне провести оцінку впливу пошкоджень органів та структур, які супроводжуються позаочеревинною гематомою, та визначити ризик виникнення летального результату перебігу ТП.

Наведені дані дозволяють визначити наступне: вживаність постраждалих без пошкодження органів та структур, які супроводжуються позаочеревинною гематомою, починаючи з II ступеня тяжкості пошкодження, перевищує таку у постраждалих з ПП та наявністю позаочеревинної гематоми з подібним значенням стандартизованих показників оцінки. Вищевикладене підтверджує негативний вплив пошкодження органів та структур, які супроводжуються позаочеревинною гематомою на перебіг ТП, причому інтенсивність зростання впливу за показниками летальності та вживаності у постраждалих із пошкодженням органів та структур, які супроводжуються позаочеревинною гематомою, перевищує таку у постраждалих без пошкодження зазначених органів та структур «за оцінкою ступенів тяжкості».

Узагальнюючи вищевикладене, варто зауважити, що має місце феномен впливу ступеня

Таблиця 11

Критерії рейтингу відносного клініко-анатомічного ризику

Відносний клініко-анатомічний ризик пошкодження	Ступінь ризику
<0,1	Дуже слабкий ризик
0,1-1,49	Слабкий ризик
1,5-1,99	Помірний ризик
2,0-2,49	Високий ризик
2,50 та вище	Дуже високий ризик

Таблиця 12

Розподіл масиву дослідження за рейтинговими групами ризику виникнення летального результату

Групи ризику	Рейтингове місце	Питома вага	Ri
Дуже високий	1-7	6,2	5
Високий	8-14	24,0	2
Помірний	15-19	31,6	1
Слабкий	20-29	16,8	4
Дуже слабкий	30-72	21,4	3

тяжкості на результат перебігу ТП у постраждалих із ПП та наявністю позаочеревинної гематоми, який полягає в тому, що спостерігається дуалістична тенденція, яка, з одного боку, свідчить про збільшення рівня летальності зі зростанням показників віку та тяжкості, з іншого боку, спостерігається збільшення питомої ваги тяжких пошкоджень зі зростанням показника віку постраждалих. Така значна дуалістична тенденція свідчить про те, що пошкодження органів та структур, які супроводжуються позаочеревинною гематомою, впливають на перебіг ТП у постраждалих із ПП не як компонент пошкодження, що механічно збільшує показник його тяжкості, а виникає принципово нова інтегральна сума компонентів пошкоджень, яка, в свою чергу, дуже негативно впливає на перебіг та результат ТП у постраждалих.

На підставі визначених під час проведення даного дослідження факторів виникнення летального результату у постраждалих із ПП та наявністю позаочеревинної гематоми нами було встановлено, що значення відносного клініко-анатомічного ризику в даній групі постраждалих коливається в дуже великих межах — від 0,11 до 3,06 (тобто співвідношення максимального та мінімального показника складає 27,82) та існує дуже велика дисипація показників ризику з великою кількістю варіантів показників значень, що зумовила досить значну кількість рейтингових позицій (72).

Враховуючи вищенаведене, нами були сформовані рейтинги відносного клініко-анатомічного ризику, характерного для групи дослідження, наведені в табл. 11.

Таким чином, можна визначити, що пошкодження, які мають високий ризик, займають рейтингові місця з 1 по 7, високий ризик — з 8 по 14, помірний — з 15 по 19, слабкий — з 20 по 29, дуже слабкий — з 30 по 72.

Аналіз рейтингів груп ризику за ознакою питомої ваги наведений в табл. 12.

Таким чином, виходячи з вищенаведених даних, варто зауважити, що найбільша кіль-

кість постраждалих із ПП та наявністю позаочеревинної гематоми мають помірний ризик виникнення летального результату перебігу ТП (31,6% за питомою вагою). На другому ранговому місці — постраждалі з високим ризиком (24,0%). Водночас слабкий та дуже слабкий ризику виникнення летального результату мають 38,2% постраждалих з пошкодженням органів та структур, які супроводжуються позаочеревинною гематомою, а високий та дуже високий ризику мають 30,2% постраждалих. Тобто співвідношення високого до помірного ризику становить 0,76, що є дуже високим показником та вказує на значний негативний вплив пошкоджень органів та структур, які супроводжуються позаочеревинною гематомою, на перебіг ТП у постраждалих із ПП.

Висновки

1. Пошкодження органів та структур позаочеревинного простору, що викликають позаочеревинну гематому, створюють принципово нову інтегральну форму поєднаних пошкоджень, яка вкрай негативно впливає на характер та перебіг травматичного процесу, що визначає характер та значення ризику виникнення летального результату перебігу травматичного процесу.

2. Ризику виникнення летального результату перебігу травматичного процесу у постраждалих з травмою органів і структур позаочеревинного простору визначаються насамперед клініко-епідеміологічною, клініко-нозологічною, клініко-анатомічною характеристиками пошкодження та мають інтегральний характер.

3. Показники ризику виникнення летального результату перебігу травматичного процесу у постраждалих з травмою органів та структур позаочеревинного простору є значними та мають показники: дуже високий (6,2%), високий (24,0%), помірний (31,6%), низький (16,8%) та дуже низький (21,4%), що необхідно враховувати при формуванні лікувально-діагностичної тактики.

Література

1. Абакумов М.М., Богопольский П.М. Повреждения живота при сочетанной травме. — М.: Медицина, 2005. — 176 с.
2. Анкин Л.Н., Анкин Н.Л. Практическая травматология, европейские стандарты диагностики и лечения. — М.: Книга-плюс, 2002. — С. 125-172.
3. Военно-полевая хирургия: Підручник / Під ред. Є.К.Гуманенка. — С.-Пб.: Фолиант, 2005. — 464 с.
4. Мазуренко О.В., Рошцін Г.Г., Барамія Н.М. та співавт. Використання шкал для оцінки ступеня тяжкості постраждалих з травмою / Пробл. військ. охорони здоров'я: 36. наук. праць УВМА. — К., 2002. — Вип.11. — С. 64-73.
5. Герасименко О.С. Особливості хірургічного лікування пошкоджень тазових органів при політравмі в гострому періоді травматичної хвороби: Автореф. дис. ... к.мед.н. — К., 2008. — 16 с.

ОРИГІНАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

6. Голобородько Н.К., Пронин В.А. Забрюшинные гематомы: терминология, номенклатура, классификация // Ортопедия, травматология и протезирование. — 2001. — №4. — С. 47-50.
7. Горшков С.З., Волков В.С. Посттравматические забрюшинные гематомы // Мед. помощь. — 2004. — №6. — С. 45-49.
8. Давлетшин А.Х. Забрюшинные гематомы при закрытой травме живота // Казан. мед. журн. — 1994. — №3. — С. 211-213.
9. Кравець М.С., Миренков К.В., Гацак В.С., Великий О.І. Заочеревинні крововиливи при поєднанні травми тазу і сечового міхура / І з'їзд ортопедів-травматологів України: Зб. наук. праць. — Київ — Донецьк: Либідь, 2001. — С. 68-69.
10. Заруцкий Я.Л., Анкин Л.Н. Некоторые нерешенные проблемы лечения пострадавших с политравмой / Пробл. військ. охорони здоров'я: Зб. наук. праць Укр. військ.-мед. академії. — К., 2006. — Вип.17. — С. 43-53.
11. Лисенко Б.П., Шейко В.Д. Прогнозування перебігу травматичної хвороби при політравмі // Клін. хірургія. — 2000. — №5. — С. 16-19.
12. Рылов А.И., Кравец Н.С., Капшитарь А.В., Сырбу И.Ф. Множественное повреждение живота в сочетании с посттравматическими забрюшинными кровоизлияниями / Пробл. військ. охорони здоров'я: Зб. наук. праць Укр. військ.-мед. академії. — К., 2000. — Вип.7. — С. 376-380.
13. Булага В.В., Наконечный Э.В., Колендовская М.М. и соавт. Объективизация оценки степени тяжести травм и состояния пострадавших при политравме: современное состояние проблемы // Харьковська мед. школа. — 2003. — №1. — С. 96-99.
14. Збаромирский В.В., Малиновский Ю.Ф., Полищук Н.Е. и соавт. Организационные принципы оказания медицинской помощи пострадавшим с политравмой / Политравма. Неотложная медицинская помощь: Сб. статей. ХГКБСНМП им. проф. А.И.Мещанинова. — Х., 2003. — Вып.6. — 79 с.
15. Литовченко В.О., Коструб О.О., Березка М.І. та співавт. Система оцінки тяжкості поєднаних абдомінальних та торакальних пошкоджень спрямована на прогноз остеопарозу / Пробл. військ. охорони здоров'я: Зб. наук. праць. УМВА. — К., 2002. — Вип.11. — С. 64-72.
16. Цыбуляк Г.Н. Общая хирургия повреждений. — С.-Пб.: Гиппократ, 2005. — 648 с.

С.Е.Гурьев, В.А.Кушнир, В.Ю.Кузьмин, С.П.Сацык. Определение факторов риска возникновения летального результата у пострадавших с сочетанными повреждениями и наличием забрюшинной гематомы. Киев, Украина.

Ключевые слова: риск, забрюшинная гематома, сочетанная травма, летальный результат.

В данной работе проведен анализ 196 случаев повреждений органов и структур забрюшинного пространства у пострадавших с сочетанной травмой. На основании изучения клинико-нозологических и клинико-анатомических характеристик, а также травмогенеза и обстоятельств получения травмы определены факторы риска возникновения летального результата у данной категории пострадавших.

S. Ye. Guryev, V.A. Kushnir, V. Yu. Kuzmin, S.P. Satsyk. Dividin the factors of risk of manifestation of mortality in the victims with multisystem injuries with retroperitoneal hematoma. Kyiv, Ukraine.

Key words: risk, retroperitoneal hematoma, multisystem injury, mortality.

In this article, an analysis of 196 cases of damage of organs and structures of the retroperitoneal space at victims with multiple traumas is done. The risk factors for fatal outcome in this category of victims based on the study of clinical and nosological, and clinical and anatomical characteristics, as well as traumagenesis and circumstances of injury are identified.

Надійшла до редакції 12.10.2009 р.