

КЛІНІЧНА ТА ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА

УДК 616-035.7:616-082-001-001.4:617.55

Беленький В.А., Михайлузов Р.Н., Негодуйко В.В.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЕВЫХ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ЖИВОТА

Военно–медицинский клинический Центр Северного региона МО Украины, г. Харьков
Харьковская медицинская академия последипломного образования МОЗ Украины

В статье выполнен анализ диагностических и лечебных ошибок, выявленных у 47 травмированных и раненых в живот при оказании медицинской помощи в ходе выполнения задач АТО. Выявленные ошибки при оказании медицинской помощи раненым и травмированным в живот систематизированы по видам и типам. Предлагаются меры, направленные на улучшение оказания медицинской помощи раненым и травмированным в живот, пути предотвращения ошибок и улучшения результатов лечения.

Ключевые слова: огнестрельные ранения живота, диагностика, лечение.

Данная работа является фрагментом НИР «Діагностика та лікування вогнепальних поранень м'яких тканин (клініко-експериментальне дослідження)», державний реєстраційний № 0116U005145 от 10.05.2016 года.

Массированное применение различных видов оружия в ходе антитеррористической операции на территории Украины, особенности разворачивания военных действий, сопутствующие экономические, информационные и политические акции по оценке ряда специалистов [2] носят характер современной гибридной войны.

Длительное отсутствие масштабных боевых действий, массовость поступления раненых с большим объемом повреждений, отсутствие четкого взаимодействия между гражданской и военной медициной на лечебно–эвакуационных этапах способствовали в некоторых случаях неправильной оценке клинической ситуации и последующему выполнению ошибочных действий при оказании хирургической помощи раненым и травмированным в живот.

Огнестрельные ранения и боевые травмы живота относятся к наиболее тяжелым повреждениям военного времени и представляют одну из актуальных и нерешенных проблем военно-полевой и абдоминальной хирургии [4].

Согласно современным представлениям, в зависимости от обстоятельств получения ранения травму живота разделяют на боевую и не боевую, среди боевых повреждений живота выделяют огнестрельные ранения и травмы (пулевые, осколочные, минно-взрывные, взрывные травмы) и неогнестрельные ранения (резаные, колотые, колото-резаные, рвано-ушибленные) и травмы. Также возможны различные их сочетания. По механизму повреждения выделяют две основные группы повреждений: открытые и закрытые. При открытых повреждениях обязательно наличие ран. Закрытые травмы характеризуются отсутствием ран на передней брюшной стенке и, как правило, наличием на коже живота внешних проявлений в виде ссадин,

подкожных гематом.

Проникающие ранения живота и закрытые травмы живота могут быть без повреждения внутренних органов и с повреждением внутренних органов. Повреждение внутренних органов разделяется по виду органа: полостные органы (желудок, двенадцатиперстная кишка, тонкая кишка, толстая кишка, прямая кишка, желчный пузырь, мочевой пузырь), паренхиматозные органы (печень, селезенка, поджелудочная железа, почки), крупные кровеносные сосуды, неорганные образования (большой сальник, брыжейка кишки). По характеру раневого канала разделяют ранения: слепые, сквозные и касательные.

Травма живота, при которой повреждается один внутренний орган, считается изолированной, при повреждении нескольких внутренних органов одним или несколькими ранящими снарядами – множественной. Сочетание травмы живота с ранениями других анатомических областей (голова, шея, позвоночник, таз, конечности) является сочетанной травмой. Поражение кроме механического фактора дополнительными факторами (термический, химический, радиационный) является комбинированным повреждением [5].

Анализируя данные о количестве огнестрельных повреждений и боевых травм живота при болевых действиях в историческом аспекте, можно отметить уменьшение смертности, увеличение выживаемости при огнестрельных ранениях живота. Так, по данным [5], частота огнестрельной травмы живота во время Великой Отечественной войны 1941-1945 гг. составляла 2-5%. В локальных войнах и вооруженных конфликтах во Вьетнаме 1964-1973 гг. и в войне в Афганистане 1979-1989 гг. она составляла 9-12%, это увеличение связывают с быстрой эва-

куацией по воздуху, благодаря чему раненые, которые раньше погибали на поле боя, стали доставляться в передовые лечебные учреждения. В контртеррористических операциях российских войск на Северном Кавказе (1994-1996 и 1999-2002 гг.) в боевых действиях США в Афганистане и Ираке 2001-2011 гг. частота огнестрельных ранений живота снова уменьшилась и составляла 4,5-6%, что объясняется улучшением средств индивидуальной бронезащиты – бронжилетов.

По данным отечественных авторов [4] в современных условиях относительная частота раненых в живот 5-7% от общего количества раненых.

Улучшению вышеперечисленных показателей способствовали рационализация и регламентация использования сил, средств, и объемов медицинской помощи на лечебно-эвакуационных этапах [6,7], применение элементов тактики Damage Control Surgery [1,3].

Несмотря на достигнутые положительные тенденции при лечении травмированных и раненых в живот, заключающиеся в снижении летальности, количества осложнений, в то же время количество неудовлетворительных результатов, летальность, частота осложнений и инвалидизации остаются достаточно высоким, особенно при осколочных, взрывных и минно-взрывных ранениях [3].

При активном развитии и внедрении новых диагностических методов (УЗД, СКТ, ЭОП) и совершенствовании существующих хирургических технологий (эндоскопические, лапароскопические методики), хирургия малых доступов, применение линейных и циркулярных сшивающих аппаратов, использование современных коагулирующих аппаратов, гемостатических изделий, раневых повязок, своего значения не утратили анамнестические, клинические данные в диагностике и классические хирургические подходы при боевых повреждениях живота [12].

Одним из наиболее доступных и действенных методов улучшения организации оказания хирургической помощи пострадавшим с огнестрельными ранениями является выявление, анализ и устранение допущенных ошибок в ходе хирургического лечения.

Цель работы

Проанализировать и систематизировать диагностические и лечебные ошибки у раненых с боевыми огнестрельными ранениями и травмами живота, предложить пути улучшения результатов лечения.

Материалы и методы исследования

Перспективному и ретроспективному многофакторному анализу было подвергнуто 47 пострадавших из 89 с боевыми травмами и огнестрельными ранениями живота в течение первого 1-го года проведения АТО, при лечении которых были выявлены и исправлены ошибки, до-

пущенные на предыдущих этапах оказания медицинской помощи. Все раненые находились на стационарном лечении в Военно-медицинском клиническом центре Северного региона Министерства обороны Украины, на этапе оказания специализированной хирургической медицинской помощи. Во всех анализируемых нами 47 (100%) случаях были констатированы ошибочные действия, допущенные при оказании медицинской помощи травмированным и раненым в живот на предыдущих этапах. Все пострадавшие были мужского пола. Возраст раненых был от 26 до 57 лет. Средний возраст составил $34 \pm 4,3$ лет. Из них у 6 (12,8%) пострадавших были пулевые, у 32 (68%) осколочные ранения, у 7 (14,9%) минно-взрывная травма, а у 2 (4,3%) взрывная травма живота. У 44 (93,6%) раненых были открытые повреждения, а у 3 (6,4%) пострадавших закрытая травма.

В 43 (91,5%) случаях раненые поступали в госпиталь после выполненных хирургических вмешательств на предыдущих этапах оказания медицинской помощи, в 4 (8,5%) случаях больные поступали без проведенного ранее оперативного лечения. Время от момента получения ранения до оказания первой врачебной медицинской помощи составляло от 1,5 до 9 часов. Время от получения ранения до поступления в ВМКЦ ПНР составляло от 3 часов до 4 суток.

При госпитализации в ВМКЦ ПНР у всех доступных контакту пострадавших проводился тщательный сбор жалоб, в обязательном порядке проводился углубленный физикальный осмотр, пальцевое ректальное исследование, катетеризация мочевого пузыря, ультразвуковое исследование. Выполнялись спиральная компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства, клинические и биохимические анализы, ЕКГ, осмотр терапевта. По показаниям проводились консультации смежных специалистов, дополнительные инструментальные и лабораторные исследования. В диагностических спорных случаях при расхождении результатов СКТ с клинической картиной у 12 (25,53%) у пострадавших при отсутствии прямых показаний к лапаротомии при поступлении в ВМКЦ ПНР был выполнен лапароцентез, с последующим использованием методик «шарящего катетера» и перитонеального лаважа.

Для ретроспективного анализа использовались данные историй болезни, выписных эпикризов, справок, эвакуационных конвертов, карт неотложной помощи и дополнительной медицинской документации, применялся анкетный метод (с помощью разработанной нами анкеты), непосредственный углубленный опрос пострадавших и выяснение интересующей информации в процессе оказания медицинской помощи при прохождении стационарного лечения. Анализировался характер и объем оказанной медицинской помощи на предыдущих уровнях медицинской эвакуации.

Показаниями к хирургическим вмешательствам

вам в ВМКЦПНР являлись ошибки, допущенные на предыдущих этапах медицинской эвакуации, и осложнения, развившиеся в процессе многоэтапного лечения.

Результаты исследований и их обсуждение

Нами были выявлены следующие ошибки (дефекты) на предыдущих этапах оказания хирургической помощи травмированным и раненым в живот.

Несвоевременная, длительная доставка в лечебное учреждение для дальнейшего оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи выявлены в 2 (4,25%) случаях.

Черезмерная, длительная, (продолжительностью от 2 до 8 часов) интенсивная и противошоковая терапия, задерживающая эвакуацию при наличии показаний к срочному оперативному вмешательству, была выявлена в 4 (8,5%) случаях.

Ошибки консервативного лечения, интенсивной и противошоковой терапии были выявлены у 14 (29,8%) раненых. Количественно и качественно несоответствующее восполнение объема циркулирующей крови в 3 (6,38%) случаях, избыточная в 1 (2,12%) наблюдении и недостаточная в 2 (4,25%) по объему инфузионная терапия, недостаточное обезболивание больного у 3 (6,38%) пострадавших при эвакуации. При клинических нормальных показателях пульса и артериального давления наблюдались случаи неполного выведения из шока у 4 (8,51%) раненых, что подтверждено данными сниженного суточного диуреза и биохимическими анализами крови. Основными задачами консервативной терапии при огнестрельной должны быть адекватное обезболивание, антибиотикопрофилактика, адекватная инфузионная и трансфузионная терапия направлена на устранение гиповолемии, коррекцию анемии и реологических свойств крови.

Недиагностированные (невывявленные) ранения полых органов на предыдущих этапах медицинской эвакуации были выявлены в 8 (17%) случаях. В 2 (4,25%) случаях была повреждена толстая кишка в 5 (10,63%) случаях - тонкая кишка, в 1 (2,12%) случае - двенадцатиперстная кишка. В связи с чем нами были выполнены оперативные вмешательства, в следующем объеме: ликвидация источника перитонита, лаваж и санация брюшной полости, ушивание дефекта полых органов, назоинтестинальная интубация, дренирование брюшной полости. Оперативные вмешательства выполнялись в следующей последовательности.

Малые операционные разрезы, нестандартные доступы, операционные разрезы через огнестрельные раны наблюдались нами в 13 (27,65%) случаях. Выполнение атипичных лапаротомий, лапаротомий через раневые отверстия небольших разрезов, отказ от выполнения клас-

сических срединных широких лапаротомий, в большинстве случаев приводит к неполной ревизии органов брюшной полости.

Неадекватная первичная хирургическая обработка огнестрельных ран мягких тканей живота выявлена в 15 (31,9%) случаях, которая заключалась в оставлении инородных тел по ходу раневого канала – 4 (8,51%) случая, недостаточном иссечении некротических тканей по ходу раневого канала – 3 (6,38%) случаев, чрезмерное иссечение кожи вокруг раны по типу «пятаяков» – 5 (10,63%) наблюдений, наложение первичного кожного шва на огнестрельную рану в 3 (6,38%) случаях.

Для удаления металлических инородных тел (осколков) нами широко используются инструмент для обследования и измерения раневого канала [9], позволяющий быстро и эффективно определить место и глубину расположения металлических осколков, и инструмент магнитный многофункциональный для диагностики и удаления металлических ферромагнитных инородных тел [10], позволяющий выполнить удаление ферромагнитных инородных тел, минимально травмируя окружающие мягкие ткани. При диагностике проникающих и непроникающих ранений живота использовали лазерную визуализацию [8], которая позволяет определить характер ранения, направление раневого канала, изменение тканей вокруг раневого канала, визуализировать инородные тела и использовать в качестве контрольного метода при удалении инородных тел.

Для объективизации направления раневого канала и контроля адекватности первичной хирургической обработки огнестрельных ран мы применяем ультразвуковую диагностику [11] по предложенной нами методике. Использование предложенных инструментов и методик позволяет улучшить диагностический и лечебный процесс при огнестрельных ранениях.

Невыполнение гастроинтестинальной интубации при распространенном огнестрельном перитоните. У 18 (38,3%) раненых после операций на желудке, двенадцатиперстной, тонкой, толстой кишке, было отмечено отсутствие назоинтестинального дренирования при наличии к нему прямых показаний, что нами так же расценивается как ошибочные действия. У 11 (61,1%) из 18 больных этой категории в раннем послеоперационном периоде развились явления желудочного и кишечного стаза, потребовавшие комплексных мер по дренированию и стимуляции перистальтики желудочно-кишечного тракта.

Неадекватное, недостаточное дренирование брюшной полости отмечалось в 19 (40,42%) случаях, заключавшееся в неправильном выборе места установки дренажа – 7 (14,89%) случаев, недостаточном количестве дренажей – 4 (8,51%) случаев, использование дренажей малого (0,5 см) диаметра – 5 (10,63%) наблюде-

ний, ненадійна фіксація дренажів к шкірі в 3 (6,38%) випадках. С метою виправлення вищеперчислених помилок були встановлені доповнительні дренажі або переустановлені дренажі більшого діаметра. На наш погляд, оптимальним є використання для дренирування брюшної порожнини 2-х просвітних силіконових дренажів діаметром від 8 до 12 мм, в залежності від клінічної ситуації. В наших умовах добре себе зарекомендували силіконові дренажі вітчизняного виробника НПО «Каммед», що мають рентгенконтрастні мітки і різними типами розмірів, якими є зручними в установці і ефективними при дренируванні.

В 5 (10,63%) випадках ми спостерігали виведення трубчатих дренажів з порожнини живота через вогнепальні поранення і в 1 (2,12%) випадку через лапаротомну рану, що є категорично неприпустимим. Необхідно здійснювати виведення дренажів і тампонів виключно через доповнительні контрапертурні розрізи, бажано в поперековій області, або в самій нижній точці, що забезпечує найкращий відтік ексудату під дією сили тяжкості в положенні хворого лежачи на спині. Дренирування порожнини живота через лапаротомну рану підвищує ризик інфікування порожнини живота і перешкоджає адекватному загоєнню лапаротомного післяопераційного шва. Стремління окремих хірургів використовувати поранення, що мають при вогнепальних пораненнях, для виведення дренажів є порочним, в зв'язі з особливостями етіопатогенезу вогнепальної поранення – ці дії сприяють інфікуванню і тривалому загоєнню вогнепальних поранень.

При масивних пошкодженнях м'яких тканин бічних областей живота виведення дренажа через доповнительну контрактуру є нецелесообразним. В нашій практиці спостерігали 4 (8,51%) випадки, коли дренажі порожнини живота виводились через вогнепальну рану, так як це був єдиний можливий і короткий шлях для дренирування ураженої області.

Помилки дренирування вогнепальних поранень м'яких тканин були виявлені у 10 (21,27%) постраждалих. Вони заключались в дренируванні тільки входного або тільки вихідного отвору в 2 (4,25%) випадках, дренирування перчаточними дренажами в 5 (10,63%) випадках, дренирування одиничними 5 мм дренажами при значущих розмірах поранення в 3 (6,38%) випадках. Враховуючи підвищену ексудацію вогнепальної поранення в перші тижні дренирування вогнепальних поранень м'яких тканин необхідно надавати особливу увагу. Дренирування перчаточними дренажами є категорично неприпустимим, внаслідок набряку тканин вони здавлюються і не виконують своєї функції.

Залишення нефіксованих тампонів, що використовувались для зупинки масивного кровотечення з поранення паренхіми печінки спостерігалося у 2 (4,25%) поранених. Опасність нефіксованих тампонів заключається в їх неконтрольованій транслокації як в порожнину живота, так і назовні, що призводить до порушення його призначення. При госпіталізації помилки були виправлені – тампони фіксовані к шкірі.

Виконання первинно-відновлювальних операцій з відновлення проходимості тонкої і товстої кишки, т. є. формування тонко- і товстокишкового анастомозу в час екстреної операції в умовах реактивної фази перитоніту спостерігалося в 2 (4,25%) випадках при обширних пошкодженнях товстої кишки, внаслідок чого призвело до розвитку несостатності товстокишкових анастомозів в ранньому післяопераційному періоді. При обширних пошкодженнях тонкої або товстої кишки об'єм хірургічного втручання повинен бути мінімальним, показана санація, обмеження вихідника перитоніту з порожнини живота, дренирування порожнини живота і накладення ентеро- або колостом. Головна мета таких операцій на етапі кваліфікованої медичної допомоги – усунення вихідника перитоніту. Реконструктивні операції необхідно виконувати на другому етапі після стабілізації пацієнта і відновлення від перенесеного поранення. Звичайно, ми виконуємо відновлювальні операції з закриттям колостоми через 3-6 місяців після поранення.

В той же час спостерігали не повністю виведення колостоми у 3 (6,4%) поранених. В цих випадках колостоми виводились з метою дренирування і декомпресії товстої кишки при ушкодженнях вогнепальних пораненнях, хоча при неуверенності в результаті анастомозу ця методика є допустимою.

Невідповідне, неправильне або неповне оформлення супровідної документації було виявлено у 7 (14,9%) постраждалих при вогнепальних пораненнях живота.

З розвитком досвіду, з початку АТО, зменшувалось кількість помилок, що виявляються при наданні кваліфікованої хірургічної допомоги травмованим і пораненим в живот. Але в той же час, досягти повного усунення помилок не вдалося, це, на наш погляд, пов'язано з наявністю адміністративних «установок» в окремих центральних районних лікарнях, відсутністю в деяких випадках «обратної зв'язі», на етапах медичної евакуації, недостатньої підготовки окремих хірургів по військовій хірургії, відсутністю утверджених стандартів надання медичної допомоги при вогнепальних пораненнях і регламентованого взаємодія між структурами громадянської і військової медицини.

В ході виконаного аналізу допущених

ошибок мы пришли к выводу, что ошибки при оказании медицинской помощи травмированным и раненым в живот в условиях локального военного конфликта, целесообразно разделять следующим образом:

1. По виду:

- а) организационные;
- б) лечебно-эвакуационные;
- в) тактико-диагностические;
- д) хирургические (допущенные до операции; в процессе хирургических вмешательств; в послеоперационном периоде).

2. По последствиям:

- а) незначительно влияющие на исход лечения;
- б) существенно влияющие на исход лечения;
- в) приводящие к летальным последствиям;

3. По возможности устранения:

- а) устранимые;
- б) неустраняемые.

Выводы

и перспективы дальнейших исследований

1. Современные боевые ранения живота при относительно небольшой частоте встречаемости являются сложнодиагностируемыми травматическими повреждениями, недооценка тяжести которых чревата неблагоприятными результатами лечения.

2. Применение новых современных методов исследования раневого канала – ультразвукового исследования, лазерной визуализации – позволяют объективизировать объём и характер повреждения мягких тканей живота, а также характер ранения, что позволяет определиться с хирургической тактикой.

3. Основными причинами неудовлетворительных результатов лечения травмированных и раненых в живот являются ошибки, допущенные в ходе оказания медицинской помощи. Эти ошибки связаны с интенсивной и противошоковой терапией, хирургическим лечением и дальнейшим ведением пострадавших.

4. Допускаемые ошибки при огнестрельных ранениях живота касаются не только диагностики и дальнейшего лечения повреждений внутренних органов, но и обработки огнестрельных ран мягких тканей, а так же порочной хирургической тактики в отношении инородных тел огнестрельного генеза.

5. Предложенная нами классификация ошибок при оказании медицинской помощи травми-

рованным и раненым в живот разработана на основе анализа реальных случаев современных огнестрельных ранений и боевых травм живота, полученных при выполнении АТО, основана на причинах и времени их возникновения, последствиях для дальнейшего прогноза, способствует их чёткой систематизации, предотвращению и своевременному исправлению.

6. Налаживание взаимодействия между структурами гражданской и военной медицины, преемственность в лечении, накопление опыта позволяют уменьшить количество ошибок и улучшить результаты оказания медицинской помощи травмированным и раненым в живот.

Литература

1. Березницкий Я.С. Опыт диагностики и лечения абдоминальной травмы военного времени / Я.С. Березницкий, А.Б. Кутовой, В.А. Пелех [и др.] // XXIII з'їзд хірургів України [Електронний ресурс]: 36. наук робіт. - Електрон. дан. (80 min 700 MB). - Київ, Кліні. хірургія, 2015. - 1 електрон. опт. диск (CD-ROM). - Назва з контейнера. - С. 3-4.
2. Білий В.Я. Місце та роль Военно-медичної доктрини України у формуванні системи медичного забезпечення військ і цивільного населення у воєнний час / В.Я. Білий, В.О. Жакховський, В.Г. Лівінський // Наука і оборона. - 2015. - № 1. - С. 9-14.
3. Брюсов В.Т. Хирургия современной боевой травмы / В.Т. Брюсов // Военно-медицинский журнал. - 2010. - № 1. - С. 20-28.
4. Вказівки з воєнно-польової хірургії / За редакцією Я.Л. Заруцького, А.А. Шудрака. - Київ : СПД Чалчинська Н.В., 2014. - 396 с.
5. Военно-полевая хирургия : учебник. 2-е изд., изм. и доп. / Под ред. Е.К. Гуманенко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 768 с.
6. Гуменюк К.В. Досвід надання кваліфікованої хірургічної допомоги пораненим в антитерористичній операції в умовах 59 військового мобільного госпітально / К.В. Гуменюк // XXIII з'їзд хірургів України [Електронний ресурс]: 36. наук робіт. - Електрон. дан. (80 min 700 MB). - Київ, Кліні. хірургія, 2015. - 1 електрон. опт. диск (CD-ROM). - Назва з контейнера. - С. 11-12.
7. Організація лікувально-евакуаційного забезпечення населення (військ) під час надзвичайних ситуацій (бойових дій): Методичні рекомендації / Укладачі: Ю.В. Вороненко, О.Г. Шекера, І.А. Лурін [та ін.]. - НМАПО ім. П.Л. Шупика. - Київ : Видавель Заславський О.Ю., 2015. - 56 с.
8. Патент на корисну модель №100131 (UA). Пристрій лазерний мобільний для опромінювання глибоких ранових каналів та порожнин / Михайлусов Р.М., Негодуйко В.В. - Заявлено 23.03.2015; Опубл. 25.08.2015 // Бюл. № 16.
9. Патент на корисну модель №100225 (UA). Інструмент для обстеження та вимірювання ранового каналу / Михайлусов Р.М., Негодуйко В.В., Біленький В.А. (Україна). - Заявлено 15.04.2015; Опубл. 25.08.2015 // Бюл. № 16.
10. Патент на корисну модель №100226 (UA). Інструмент магнітний багатофункціональний для діагностики і видалення металевих феромагнітних сторонніх тіл / Михайлусов Р.М., Негодуйко В.В.; Біленький В.А. (Україна). - Заявлено 15.04.2015; Опубл. 25.08.2015 // Бюл. № 16.
11. Патент на корисну модель №100913 (UA). Спосіб ультразвукової візуалізації ранового каналу та сторонніх тіл / Михайлусов Р.М., Негодуйко В.В. (Україна). - Заявлено 23.03.2015; Опубл. 10.08.2015 // Бюл. № 15.
12. Трухан А.П. Хирургическая помощь при поступлении большого количества пострадавших с взрывными повреждениями / А.П. Трухан, С.А. Жидков, С.Е. Корик // Новости хирургии. - 2012. - № 4. - С. 50-54.

Реферат

ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАННЯ БОЙОВИХ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕНЬ ЖИВОТА

Біленький В.А., Михайлусов Р.М., Негодуйко В.В.

Ключові слова: вогнепальні поранення живота, діагностика, лікування.

У статті виконано аналіз діагностичних і лікувальних помилок, виявлених у 47 травмованих і поранених в живіт при наданні медичної допомоги в ході виконання завдань АТО. Виявлені помилки при наданні медичної допомоги пораненим і травмованим в живіт систематизовані за видами і типами. Пропонуються заходи, спрямовані на поліпшення надання медичної допомоги пораненим і травмованим в живіт, шляхи запобігання помилок і поліпшення результатів лікування.

Summary

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF COMBAT GUNSHOT ABDOMINAL WOUNDS

Belenky V.A., Mikhaylusov R.N., Negoduyko V.V.

Key words: combat gunshot wounds of abdomen, diagnosis, treatment.

This article presents the analysis of the diagnostic and treatment errors identified in 47 individuals with abdominal injuries and wounds who received medical aid during anti-terrorist operation in Ukraine. Errors in the delivery of medical aid to combatants with abdominal wounds and injuries were identified and classified according to their types. We suggest the complex measures aimed at improving the provision of medical care to those who got abdominal wounds and injuries, as well as the ways to prevent such errors and to improve treatment outcomes.

УДК:614

Бєлікова І.В., Костріков А.В.

**ПОКАЗНИКИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ
ТА СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА МЕТОДИКУ ЇХ РОЗРАХУНКУ**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Ступень благополуччя суспільства визначається станом здоров'я населення. Основою для прийняття управлінських рішень щодо організації охорони здоров'я та з метою контролю є інформація про стан здоров'я населення. Проведений аналіз динаміки основних показників, що використовують для характеристики здоров'я населення. Проведений аналіз методик розрахунку показників здоров'я населення, що використовують в міжнародній спільноті. Висновок: Підхід, що запропонований ВООЗ для оцінки стану здоров'я населення, потребує змін в методології збору інформації та адаптування до статистики в Україні. Вивчення впливу факторів ризику (соціально-економічних факторів, стану навколишнього середовища тощо) на здоров'я населення дає якісно нове бачення стану здоров'я населення. Системи показників здоров'я населення, які приймаються в країні, повинні бути узгоджені з методикою збору інформації в більшості країн, для міжнародного співставлення.

Ключові слова: здоров'я населення, статистичні показники, тривалість життя з урахуванням порушень здоров'я.

В розрізі сучасних змін, що відбуваються в охороні здоров'я, важливого значення набуває якість, об'єм та своєчасність інформації, яку застосовують для розрахунку показників стану здоров'я.

Ступень благополуччя суспільства визначається станом здоров'я населення. Основою для прийняття управлінських рішень щодо організації охорони здоров'я та з метою контролю виступає саме інформація про стан здоров'я населення.

Необхідним є також визначення ступеня порушення стану здоров'я. Зважаючи на загальні тенденції щодо підвищення захворюваності і поширеності хвороб, закономірним є зростання первинної інвалідності. В Україні чисельність осіб з інвалідністю становить 2 788 226 осіб або 6,1 % від загальної чисельності населення нашої держави. [3].

На сьогодні, аналіз показників інвалідності зводиться до обчисленням середніх значень, оцінюванням відсотка змін щодо минулого року та відносного ризику їх зростання. Такі методи не дають можливості поглибленого вивчення явища [1,4].

Реформи, що відбуваються та плануються в охороні здоров'я переорієнтують пріоритети від політики лікування до політики зміцнення та збереження здоров'я і попередження захворювань. Що, в свою чергу, спонукає до пошуку сучасних методів аналізу стану здоров'я населення.

Матеріали та методи

У роботі використано статистичні матеріали ДУ «Інститут стратегічних досліджень МОЗ України», ДУ «Центр медичної статистики МОЗ України» та Державної служби статистики України, а також були застосовані методи системного підходу, бібліосемантичний, статистичний, аналітичний.

Результати та їх обговорювання

Зазвичай для опису суспільного здоров'я традиційно використовують такі показники як:

- демографічні показники (народжуваність, смертність та її вікову структуру, приріст населення, середню тривалість майбутнього життя);
- показники захворюваності (загальної, за окремими віковими групами, для інфекційних, хронічних неспецифічних захворювань, окремих видів захворювань, захворюваності з тимчасовою втратою працездатності та ін);
- показники інвалідності (загальної, дитячої, по віковій, структура причин);
- рівень фізичного розвитку;
- донозологічні стани.

У таблиці 1 наведені основні показники, що використовують для аналізу стану здоров'я населення із зазначенням джерела отримання інформації.