

АНАЛІЗ ЛЕТАЛЬНОСТІ ПОСТРАЖДАЛИХ З ТЯЖКОЮ ПОЄДНАНОЮ ТРАВМОЮ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ НА ГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ

B.O.Крилюк

Національна медична академія післядипломної освіти
ім. П.Л.Шупика, Український науково-практичний центр
екстреної медичної допомоги та медицини катастроф
Київ, Україна

Проведено ретроспективний аналіз результатів лікування 152 постраждалих з тяжкою поєднаною травмою органів черевної порожнини, що померли в Київській міській лікарні швидкої медичної допомоги. З метою визначення тяжкості пошкоджень використовували шкалу ISS, ймовірності виживання — шкалу TRISS. Визначений кореляційний зв'язок між об'ємом крововтрати та часом догоспітального етапу та ймовірністю виживання у даної групи постраждалих.

Ключові слова: *ймовірність виживання, постраждалі, органи черевної порожнини.*

Вступ

За даними ВООЗ, щороку у світі внаслідок травми гине до 2 млн людей [1, 7]. Травматичні пошкодження серед жінок до 35 років та чоловіків до 45 років є головною причиною смертності. Найбільшу питому вагу в цій статистиці складають поєднані пошкодження, у тому числі тяжка поєднана травма органів черевної порожнини [1, 2, 5].

Травма органів черевної порожнини була та залишається однією з актуальних питань хірургії пошкоджень. Незважаючи на удосконалення діагностичної та лікувальної тактики, летальність серед цієї групи постраждалих залишається високою та може досягати до 80%. У закордонних джерелах вказується, що майже 50% від усіх превен-

тивних смертей складають тяжкі поєднані пошкодження органів черевної порожнини [3, 4].

Метою дослідження було вивчити кореляційний зв'язок між об'ємом крововтрати, часом догоспітального етапу та прогнозом виживання у постраждалих з тяжкою поєднаною травмою органів черевної порожнини.

Матеріали та методи дослідження

Проаналізовано 152 історії хвороби постраждалих з тяжкою поєднаною травмою органів черевної порожнини, які знаходилися на лікуванні у відділенні політравми Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги за період з 2007 до 2011 р. Для аналізу відібрани летальні випадки незалежно від терміну перебування в стаціонарі.

З метою визначення тяжкості пошкоджень використовували Abbreviated Injury Score (AIS-90, 1998 р. перегляду), для обрахування шкали Injury Severity Score (ISS) [9, 11]. При госпіталізації постраждалих в приймальне відділення вивчали показники систолічного артеріального тиску (АТсист.), частоту дихання (ЧД) та показник шкали ком Глазго (ШКГ). Показники АТсист., ЧД та ШКГ досліджувались відповідно до шкали Revised Trauma Score (RTS) [8, 10]. Для аналізу ймовірності виживання використовували шкалу TRISS (Trauma Score — Injury Severity Score), яка на сьогоднішній день використовується як міжнародний стандарт. З метою визначення кореляційних зв'язків між показниками обрахунки проводили за допомогою програми STATISTICA 7, кореляційний зв'язок вважався слабким при показнику коефіцієнта r до 3, помірним — від 3 до 7 та значним (прямим) — більше 7 [6, 10].

Результати дослідження та їх обговорення

За шкалою ISS усі постраждалі були розподілені на дві групи: 1 група — від 15 до 35 балів та 2 група — від 36 до 75 балів. 1 групу склали 38 (25%), другу групу — 114 (75%) постраждалих.

У кожній групі визначено ймовірність виживання за шкалою TRISS: менше 25% (без шансів на виживання), від 25% до 75% (можливість виживання при своєчасному наданні екстреної медичної допомоги) та більше 75% (не повинні померти при наданні допомоги в необхідному обсязі).

У 1 групі у 6 (15,8%) постраждалих показник за шкалою TRISS був менше 25%. У 6 (15,8%) постраждалих знаходився в межах від

25% до 75% та у 26 (68,4%) постраждалих був у межах більше 75%. Середній показник за шкалою RTS — $5,2 \pm 2$.

У 2 групі у 74 (64,9%) постраждалих показник за шкалою TRISS був менше 25%, у 10 (8,8%) — більше 75% та 30 (26,3%) — від 25% до 75%. Середній показник за шкалою RTS — $3,5 \pm 1$.

Вищепередані дані вказують на те, що серед усіх померлих у 36 (23,7%) постраждалих показник за TRISS був більше 75%, від 25% до 75% — у 36 (23,7%) постраждалих та менше 25% — у 80 (52,6%) постраждалих.

Кореляційний зв'язок у хворих з показником за шкалою TRISS більше 75% та об'ємом крововтрати склав $r=0,4466$ (рис. 1.), часом догоспітального етапу — $r=0,91861$ (рис. 2.).

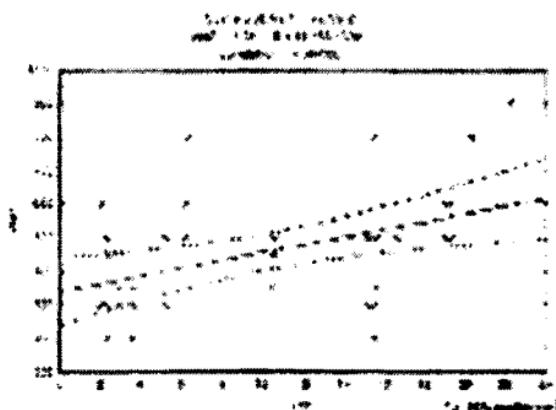


Рис. 1. Кореляційний зв'язок між об'ємом крововтрати та показником шкали TRISS більше 75%.

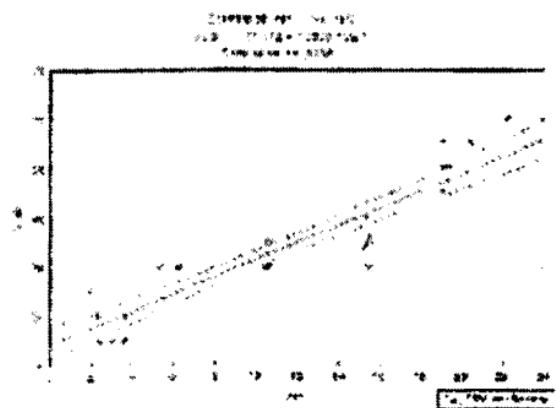


Рис. 2. Кореляційний зв'язок між часом догоспітального етапу та показником за шкалою TRISS більше 75%.

Кореляційний зв'язок у хворих з показником за шкалою TRISS більше від 25% до 75% та об'ємом крововтрати склав $r=0,76859$ (рис. 3.), часом догоспітального етапу — $r=0,91861$ (рис. 4).

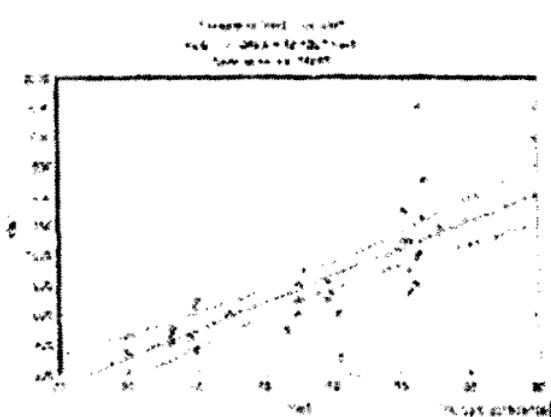


Рис. 3. Кореляційний зв'язок між об'ємом крововтрати та показником шкали TRISS від 25% до 75%.

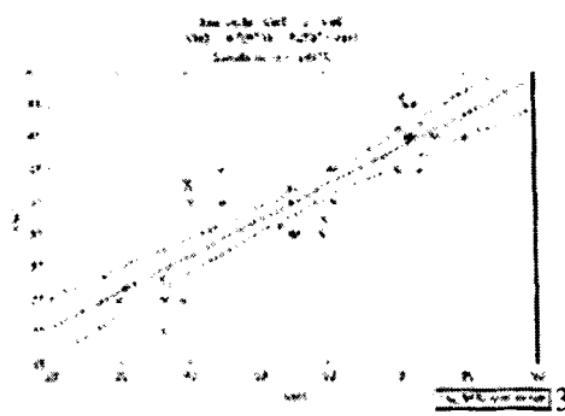


Рис. 4. Кореляційний зв'язок між часом догоспітального етапу та показником за шкалою TRISS від 25% до 75%.

Кореляційний зв'язок у хворих з показником за шкалою TRISS менше 25% та об'ємом крововтрати склав $r=0,23791$ (рис. 5.), часом догоспітального етапу — $r=0,1223$ (рис. 6).

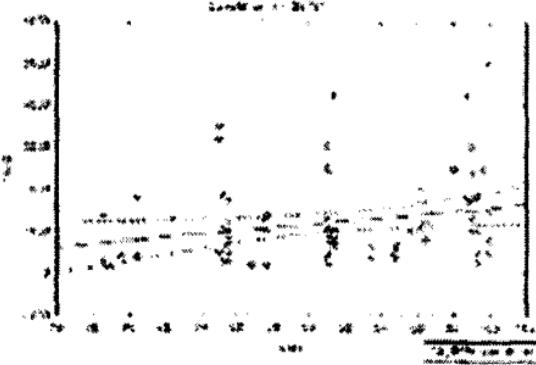


Рис. 5. Кореляційний зв'язок між об'ємом крововтрати та показником шкали TRISS до 25%.

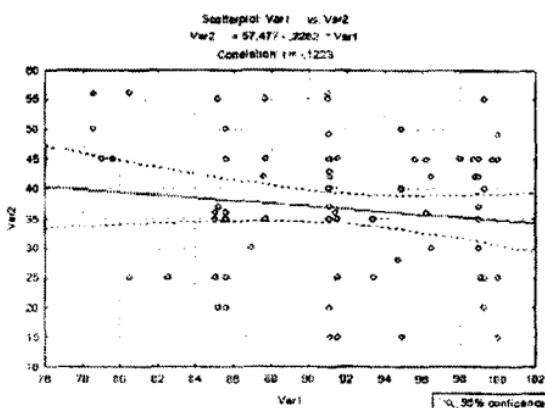


Рис. 6. Кореляційний зв'язок між часом догоспітального етапу та показником за шкалою TRISS до 25%.

Як видно з вищеприведених даних, у постраждалих з показником за шкалою TRISS більше 75% та від 25% до 75% спостерігається значний кореляційний зв'язок з часом догоспітального етапу та об'ємом крововтрати, у групі з показником до 25% такий зв'язок відсутній по двом показникам.

Висновки

1. Високий кореляційний зв'язок між часом догоспітального етапу та показником за шкалою TRISS більше 75% та від 25% до 75% вказує на необхідність запровадження заходів, спрямованих на мінімізацію догоспітального етапу екстреної медичної допомоги у постраждалих з тяжкою поєданою травмою органів черевної порожнини.

2. У постраждалих з тяжкою поєднаною травмою органів черевної порожнини необхідно удосконалити лікування гострої кровотрати, оскільки вона чітко корелює з можливістю виживання.

3. Отримані дані свідчать про можливість зменшення показника летальності у постраждалих з тяжкою поєднаною травмою органів черевної порожнини на 23,7%.

Література

1. Абдомінальні пошкодження при дорожньо-транспортній травмі / М.Г.Кононенко, С.П.Коробова, Л.Г.Кашенко [та ін.] // Вісник Вінницького національного медичного університету. — 2010. — №14 (2). — С. 351-353.
2. Анализ и причины летальности при механических травмах на догоспитальном этапе в возрастном аспекте / В.И.Перцов, Д.С.Ивахненко, К.В.Миренков, Я.В.Телушко // Хірургія України. — 2010. — №2. — С. 77-78.
3. Гуманенко Е.К. Материалы к концепции по оказанию неотложной медицинской помощи и лечению политравм в Российской Федерации. Мат. междунар. конф. «Новые технологии в военно-полевой хирургии и повреждений мирного времени». — СПб., 2006. — С. 4-14.
4. Смертність населення України у трудоактивному віці (колективна монографія) / За ред. Е.М.Лібанова. — К.: Ін-т демографії та соц. досліджень НАН України, 2007. — 211 с.
5. Фомін П.Д., Бойко В.В., Брусницына М.П., Логачев В.К. О состоянии неотложной хирургической помощи больным с острыми хирургическими заболеваниями и травмами брюшной и грудной полостей в 2006 г. в Украине и пути ее улучшения // Харківська хірургічна школа. — 2007. — №1. — С. 108-111.
6. Ярошецкий А.И., Проценко Д.Н., Игнатенко О.В., Гельфанд Б.Р. Интегральные системы в оценке прогноза тяжелой политравмы // Мед. неотл. состояний. — 2009. — №5 (24). — С. 83-91.
7. Meling T., Harboe K., Soreide K. Incidence of traumatic long-bone fracture requiring in-hospital management: A prospective age and gender –specific analysis of 4890 fractures // Injury. — 2009. — Vol. 40, №11. — P. 1212-1219.
8. Kreis D.J. Jr., Plasencia G., Augenstein D. et al: Preventable trauma deaths: Dade County, Florida // J. Trauma. — 1986. — №26. — P. 649.
9. Pfeifer R., Tarkin I., Roces B., Pape H. Pattern of mortality and causes of death in politrauma patients — has anything changed? // Injury. — 2009. — Vol. 40, №9. — P. 907-911.
10. Soreide K. Epidemiology of major trauma // Br. J. Surg. — 2009. — Vol. 96, №7. — P. 697-698.

11. Soreide K. Temporal pattern of death after trauma: evaluation of circadian, diurnal, periodical and seasonal trends in 260 fatal injuries // Scandinavian journal of Surgery. — 2010. — №99. — P. 235-239.

B.E.Крылюк. Анализ летальности у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой органов брюшной полости на госпитальном этапе. Киев, Украина.

Ключевые слова: вероятность выживания, пострадавшие, органы брюшной полости.

Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 152 пострадавших с тяжелой сочетанной травмой органов брюшной полости, умерших в Киевской городской больнице скорой медицинской помощи. С целью определения тяжести повреждений использовали шкалу ISS, вероятности выживания — шкалу TRISS. Определена корреляционная связь между объемом кровопотери, временем догоспитального этапа и вероятностью выживания в данной группе пострадавших.

V.E.Krylyuk. Analysis of mortality in patients with severe concomitant injury of the abdominal cavity at the hospital stage. Kyiv, Ukraine.

Key words: the probability of survival, affected, abdominal organs.

A retrospective analysis of 152 treatment of patients with severe combined trauma of the abdomen, died at Kiev City Hospital of emergency help. In order to determine the severity of injury using a scale of ISS, the probability of survival — the scale of TRISS. Defined correlation between the volume of blood loss, pre-hospital time and the probability of survival in this group of victims.