

## КЛІНІКО-НОЗОЛОГІЧНА ТА КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ПОСТРАЖДАЛИХ З ТРАВМОЮ ТАЗА ВНАСЛІДОК ДТП

*С. О. Гур'єв, М. А. Максименко*

Український науково-практичний центр  
екстреної медичної допомоги та медицини катастроф  
Київ, Україна

---

---

У статті розкрито проблема травми тазової ділянки як важливо-го компонента багатокомпонентної полісистемної травми в аспекті клініко-нозологічних та клініко-епідеміологічних характеристик та їх вплив на перебіг та результат травматичного процесу.

**Ключові слова:** *травма, клініко-нозологічні, клініко-епідеміологічні ознаки, полісистемні пошкодження.*

---

---

### **Вступ**

Відповідно до вимог доказової медицини та сучасної методології наукових досліджень, вивчення будь-якого клінічного явища потребує визначення ретельності клініко-епідеміологічної та клініко-нозологічної характеристики. Вищевикладене повною мірою має відношення до такого пошкодження, як пошкодження таза при ДТП, хоча обставини та механізм виникнення пошкодження, інші характеристики привентивно є різноманітними та мають деякі специфічні ознаки, зокрема ознаку участі в русі [1, 2, 3, 4]. Також велике значення має визначення клініко-нозологічних форм пошкоджень, особливо зважаючи на високоенергетичний характер травмуючого агента, що діє при ДТП. З іншого боку, така характеристика дозволяє визначити реальні ризики, пов'язані з клініко-нозологічними та клініко-епідеміологічними факторами [9, 10, 11].

## **Матеріали та методи дослідження**

Було досліджено та піддано аналізу 255 випадків травми таза у постраждалих, які лікувались у Центрі політравми Українського науково-практичного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф з 2005 до 2010 р.

Аналіз та розрахунки проводились згідно з критеріями та вимогами доказової медицини за допомогою комп'ютерних технологій.

## **Результати дослідження та їх обговорення**

Однією з найбільш типових ознак клініко-епідеміологічної характеристики є характеристика статі постраждалих. Дані розподілу масиву дослідження за статтю наведені в табл. 1.

**Таблиця 1**

### **Аналіз розподілу постраждалих за статтю**

Стать	Питома вага, %	Ri
Чоловіча	63,14	1
Жіноча	36,86	2

Як свідчать дані табл. 1, серед постраждалих має місце виражена та значна девіація розподілу масиву в бік чоловічої статі. Питома вага чоловіків перевищує таку в 1,7 разу. Зважаючи на характер дослідження, був вивчений характер розподілу за ознакою статі в результативних групах.

**Таблиця 2**

### **Аналіз розподілу постраждалих за ознакою статі**

Стать	Ti, що одужали, %	Померлі, %	Загалом, %
Чоловіча	74,53	25,47	100
Жіноча	84,04	15,96	100

Аналіз даних табл. 2 дозволяє встановити, що виживаемість серед жінок значно вище, ніж серед чоловіків, — на 9,57% в абсолютному значенні інтенсивного показника, або на 12,84% рівня базового показника.

Іншою ознакою, що визначає клініко-епідеміологічну характеристику клінічного явища, є вік постраждалих.

**Аналіз розподілу загального масиву за ознакою віку  
у досліджуваних групах**

Вік, роки	Стать					
	чоловіча			жіноча		
	абс.	%	Rj	абс.	%	Ri
До 20	14	5,49	5	8	3,14	5
21-30	48	18,82	1	23	9,02	1
31-40	38	14,90	2	20	7,84	2
41-50	27	10,59	3	10	3,92	4
51-60	21	8,24	4	10	3,92	4
61-70	8	3,14	6	13	5,10	3
Більше 71	5	1,96	7	10	3,92	4
Усього	161	63,14	-	94	36,86	-

Аналіз даних табл. 3 дозволяє встановити наступне:

- по-перше, розподіл за віковими групами є нерівномірним, причому різниця між мінімальним та максимальним віком складає 4,73 разу;

- по-друге, найбільш питому вагу має вік у групі 21-40 років, який складає 50,59% усього масиву постраждалих, тобто особи найбільш працездатного віку.

Група постраждалих у віковій категорії 41-60 років складає 26,67% масиву досліджень. Найменшу питому вагу постраждалих складають особи літнього віку більше 70 років, що становить 5,87% масиву досліджень.

Вищевикладене вказує на те, що має місце суттєва різниця розподілу масиву постраждалих у вікових групах за ознакою статі та має місце певна залежність між віком та статтю травмованих.

З метою визначення ознаки віку на результат перебігу травматичного процесу у постраждалих з травмою таза при ДТП вважали за доцільне провести аналіз розподілу масиву вивчень за ознакою віку в результативних групах, результати якого наведені в табл. 4.

Аналіз даних свідчить про наступне. Найбільше постраждалих виживає у вікових групах до 30 років, у віковій групі 51-60 років та у віковій групі більше 70 років, де показник виживаємості складає більше 80%. Найменша ж виживаємість спостерігається у вікових групах 31-40 та 61-70 років. У віковій групі 41-50 років виживаємість

складає 78,38%, що є близьким до середнього до показника розподілу (78,04%). Як довів аналіз випадків, це пов'язано зі зміною життєвої активності постраждалих, а також у подальшому — з впливом інволютивності факторів. Варто зауважити, що в середньому показник виживаємості перевищує показник розподілу в загальному масиві постраждалих у різних вікових групах по-різному, а саме: у віковій групі до 20 років показник виживаємості перевищує показник розподілу майже в 10 разів, у віковій групі 21-30 років — в 2,93 разу, у віковій групі 31-40 років — у 3,11 разу, у віковій групі 41-50 років — у 5,40 разу, у віковій групі 51-60 років — у 6,63 разу, у віковій групі 61-70 років — у 8,67 разу та у віковій групі більше 70 років — відповідно в 13,61 разу.

**Таблиця 4**

**Аналіз розподілу постраждалих за віковими групами залежно від результату перебігу травматичного процесу**

Вік, роки	Кількість постраждалих								
	ті, що одужали			померлі			загальний масив		
	абс.	%	Ri	абс.	%	Ri	абс.	%	Ri
До 20	19	86,36	1	3	13,64	7	22	8,63	5
21-30	58	81,69	2	13	18,31	6	71	27,84	1
31-40	41	70,69	7	17	29,31	1	58	22,75	2
41-50	29	78,38	5	8	21,62	3	37	14,51	3
51-60	25	80,65	3	6	19,35	5	31	12,16	4
61-70	15	71,43	6	6	28,57	2	21	8,24	6
Більше 71	12	80,00	4	3	20,00	4	15	5,88	7
Усього	199	78,04	-	56	21,96	-	255	100	-

Вищевикладене вказує на користь того, що постраждалі з травмою таза внаслідок ДТП мають високу вірогідність виживаємості за умов надання адекватної медичної допомоги.

З метою верифікації впливу ознаки статі та віку було проведено інтегральний аналіз розподілу масиву вивчення за ознакою статі та віку в результативних групах. Результати наведені в табл. 5.

Аналіз даних табл. 5 дозволяє встановити, що існують певні закономірності інтегрального розподілу, а саме:

- по-перше, має місце більш-менш рівномірний характер розподілу за ознакою результату та ознакою віку в обох стате-вих групах;

- по-друге, водночас спостерігається певна різниця найбільшої виживаємості за віком у статевих групах. У цілому виживаємість вища у жінок, особливо у віковій групі до 20 років, де не відмічено летальних випадків; в групі 21-30 років виживаємість вища у жінок на 7,79% в абсолютному значенні інтенсивного показника, або на 8,96% показника базового рівня; у групі 51-60 років — відповідно на 28,57% в абсолютному значенні інтенсивного показника, або на 39,99% показника базового рівня; у групі 61-70 років виживаємість у жінок на 34,62% вища такої у чоловіків в абсолютному значенні інтенсивного показника, або на 40,91% показника базового рівня. Найменша виживаємість у чоловіків має місце у віковій категорії 61-70 років, у жінок — у віковій групі 41-50 років.

**Таблиця 5**

**Аналіз розподілу загального масиву за ознакою статі за віковими групами**

Вік, роки	Чоловіки				Жінки			
	(питома вага,%)				(питома вага,%)			
	ті, що одужали	померлі	у загальному масиві	Ri	ті, що одужали	померлі	у загальному масиві	Ri
До 20	78,57	21,43	8,70	5	100,00	0	8,51	5
21-30	79,17	20,83	29,81	1	86,96	13,04	24,47	1
31-40	68,42	31,58	23,60	2	75,00	25,00	21,28	2
41-50	81,48	18,52	16,77	3	70,00	30,00	10,64	4
51-60	71,43	28,57	13,04	4	100,00	0	10,64	4
61-70	50,00	50,00	4,97	6	84,62	15,38	13,83	3
Більше 71	80,00	20,00	3,11	7	80,00	20,00	10,64	4
Усього	-	-	100	-	-	-	100	-

Варто зауважити, що саме вік 41-50 років є віком гормональної перебудови у жінок, що, як можна припустити, є ризиком виникнення летального результату внаслідок пошкоджень таза при ДТП. Отже, можна стверджувати, що вікові та статеві ознаки у великій мірі впливають на перебіг травматичного процесу, що дає можливість сформуванню групи ризику, а саме: у чоловіків у віці 61-70 років та у жінок у віці 41-50 років.

З метою більш ретельного та об'єктивного аналізу клініко-нозологічної групи постраждалих внаслідок ДТП нами було проведено аналіз розподілу постраждалих за клініко-нозологічною ознакою в результативних групах. Дані аналізу наведені в табл. 6 та 7.

**Таблиця 6**

**Аналіз розподілу масиву вивчення за формою поєднання пошкодження**

Вид поєднання	Загальний масив		
	абс.	%	Ri
ЗТТ	255	100,00	1
ЗТЖ	217	85,10	2
ЗТГК	192	75,29	3
ЧМТ	156	61,18	4
СТ	140	54,90	5

**Таблиця 7**

**Аналіз розподілу масиву вивчення за клініко-анатомічною ознакою поєднання пошкоджень у результативних групах**

Клініко-нозологічна група	ті, що одужали			померлі			загальний масив, n=255		
	n=199		Ri	n=56		Ri	абс.	%	Ri
	абс.	%		абс.	%				
ЗТТ	199	100,00	1	56	100,00	1	255	100,00	1
ЗТЖ	146	67,28	5	71	32,72	2	217	85,10	2
ЗТГК	146	76,04	3	46	23,96	4	192	75,29	3
ЧМТ	105	67,31	4	51	32,69	3	156	61,18	4
СТ	107	76,43	2	33	23,57	5	140	54,90	5

Як свідчать дані табл. 6, постраждалі з різними клініко-нозологічними групами мають різний результат перебігу травматичного процесу. Так, найбільший ризик виникнення летального результату мають постраждалі з поєднанням травм органів та структур таза, черепа, органів грудної клітини, черевної порожнини, скелетної травми та інших пошкоджень. У цілому можна сказати, що найбільш часто негативним результатом перебігу травматичного процесу є поєднання травми таза та торакоабдомінального пошкодження. Причому за характеристикою компонентів поєднання варто зауважити, що найбільший негативний вплив на перебіг травматичного процесу має поєднання з черепно-мозковою травмою та абдомі-

нальної травмою, найменший негативний вплив — зі скелетною травмою (табл. 7).

Аналізуючи вищесказане, можна зробити висновок, що перебіг та результат травматичного процесу залежать від травмогенезу і, що досить важливо, поєднана травма тазової ділянки є ознакою високоенергетичної травми, яка виникає під впливом травмуючого фактора значної сили та інтенсивності.

## **Висновки**

Пошкодження тазової ділянки мають досить специфічні клініко-епідеміологічні характеристики, котрі полягають у тому, що такі пошкодження в більшості своїх випадків виникають у осіб працездатного віку і, що важливо, є результатом дії травмуючих факторів високої сили та інтенсивності, що є проявом високоенергетичної травми.

1. Травма таза при ДТП є складовою багатокомпонентної полісистемної травми з великою поліваріантністю клініко-анатомічної та клініко-нозологічної форм пошкоджень, які в різній мірі впливають на результат травматичного процесу у травмованих з пошкодженнями структур тазової ділянки.

2. Ознаки статі та віку у постраждалих з травмою таза, які вірогідно впливають на перебіг та результат травматичного процесу з формуванням груп ризику виникнення летального результату.

3. Результати даного пошукового дослідження можна буде застосувати для створення протокольної схеми надання медичної допомоги.

## **Література**

1. Скелетная травм, как компонент полисистемных повреждений (структурно-нозологический аспект) / С. О. Гурьев, Н. Н. Барамия, Ф. Н. Новиков и др. Київська мед. акад. післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика. Збірник наук. праць. — К., 2000. — Вип. 9, кн. 2. — С. 25-30.
2. Сучасні підходи до лікування політравми на догоспітальному етапі / І. З. Яковцов, С. В. Ридненко, Б. С. Федак, О. Е. Феськов, В. Г. Полторацький, Є. П. Яковцов. Харківська медична академія післядипломної освіти // Медицина неотложных состояний. — 2009. — №2 (21).
3. Анализ травматических повреждений при тяжелом ДТП / Вил. Доков, И. Стоянов, В. Доков // Болгария. — 2008. — С. 4-6.
4. Діагностика та лікування переломів кісток таза у постраждалих із політравмою / С. В. Ридненко. Харківська медична академія післядипломної освіти // Медицина неотложных состояний. — 2007. — №5 (12).

5. Стандартизация хирургического лечения повреждений тазовой области у пострадавших с политравмой / Л.Н.Анкин, Н.Н.Барамия, Я.С.Кукурудз и др. // Проблемы військової охорони здоров'я. Зб. наук. праць УВМА. — Київ, 2006. — С. 392-398.
6. Особенности медицинской реабилитации при ассоциативных травмах таза / Д.Д.Битчук, П.Н.Замятин, А.Г.Истомин и др. // Проблемы військової охорони здоров'я. Зб. наук. праць УВМА. — Київ, 2006. — С. 399-404.
7. Повреждение таза у пострадавших с множественной и сочетанной шокогенной травмой. Автореф дис. ... д.мед.н. / Бесаев Г.М. — 1999. — 35 с.
8. Скелетная травма в структуре полисистемных повреждений / С.Е.Гурьев, Н.В.Гуселетова, С.П.Сацык, Ю.А.Гайдаев, В.И.Резниченко // Травма. — 2004. — Т. 5, №2. — С. 189-191.
9. Травматическая болезнь — общепатологическая концепция или нозологическая категория? / И.А.Ерьюхин // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова. — 1994. — №1. — С. 12-15.
10. Leutenegger A., von Planta A., Ruedi T. Fractures of acetabulum and pelvic ring — epidemiology and clinical outcome // Swiss. Surg. — 1999. — Vol. 5 (2). — P. 47-54.
11. Gansslen A., Pohlemann T., Paul C. et al. Epidemiology of pelvic ring injuries // Injury. — 1996. — №1. — P. 13-20.
12. Chong K.H., De Coster T., Osler T., Robinson B. Pelvis fractures and mortality // Orthop. J. — 1997. — №17. — P. 110-114.

***С.О.Гурьев, М.А.Максименко. Клинико-нозологическая и клинико-эпидемиологическая структура пострадавших с травмой таза вследствие ДТП. Киев, Украина.***

***Ключевые слова: травма, клинико-нозологические, клинико-эпидемиологические характеристики, полисистемные повреждения.***

В статье освещена проблема травмы тазовой области как важной составной многокомпонентной полисистемной травмы в аспекте клинико-нозологических и клинико-эпидемиологических характеристик и их влияние на течение и исход травматической болезни.

***S. O. Guryev, M. A. Maksymenko. Clinical and clinical-epidemiology structure of injured with pelvis trauma in consequence with road traffic accident. Kyiv, Ukraine.***

***Key words: trauma, clinical and clinical-epidemiology characteristics, polysystemic injury***

There is problem of pelvis trauma in this article as a part of multiunit polysystemic trauma in terms of clinical and clinical-epidemiology characteristics and their impact on the course and traumatic sickness outcome.