

УДК 616-001-07:614.21

С.О. Гур'єв, Г.В. Бондарчук, С.П. Сацук, П.В. Танасієнко
Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги
та медицини катастроф, м. Київ

РИЗИКОРІЄНТОВАНИЙ ПІДХІД В ОЦІНЦІ ПОСТРАЖДАЛИХ З ПОЛІСИСТЕМНИМИ ТРАВМАТИЧНИМИ ПОШКОДЖЕННЯМИ, ЯКІ ОТРИМУЮТЬ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ ЗА УМОВ МІСЬКОЇ ЛІКАРНІ

Проаналізовано клінічні результативні ризики виникнення летального результату перебігу травматичного процесу в постраждалих з політравмою, яким надається медична допомога за умов міської лікарні, за клініко-епідеміологічними і клініко-нозологічними ризикстворюючими факторами, які варто враховувати при формуванні схем та протоколів надання медичної допомоги постраждалим.

Ключові слова: *травма, полісистемні пошкодження, ризик, ризикстворюючий фактор.*

В останні десятиліття відмічаються значні досягнення хірургії, травматології, анестезіології та реанімації. Незважаючи на це в Україні, як майже у всьому світі, спостерігається значне підвищення рівня, тяжкості та летальності при травматичних ушкодженнях людини, що дозволило деяким авторам увести поняття епідемія травматизму [1–4].

Особливе значення набули як в аспекті складності, так і в аспекті загрози життю поєднані полісистемні та поліорганні травматичні пошкодження, які є дуже складною проблемою для світової медичної науки та охорони здоров'я і складають, за різними даними, від 17,6 до 80,0 % усіх пошкоджень [2–4].

Майже всі дослідження даної проблеми вказують на те, що недоліки лікування постраждалих мають насамперед клініко-організаційний характер [1, 2, 5, 6], тому вивчення клініко-організаційних проблем лікування постраждалих з полісистемними травматичними пошкодженнями є актуальним і необхідним.

Матеріал і методи. Проведено аналіз 385 випадків поєднаної травми у постраждалих, які знаходились на лікуванні у другій клінічній лікарні м. Вінниці. У постраждалих поєднана травма характеризувалася пошкодженнями різних органів і систем організму. Масив дослідження склали різні вікові групи постраждалих. Аналіз за ознакою

статі довів, що в масиві постраждалих переважають особи чоловічої статі — 73,51 %, тобто ризик виникнення полісистемних та поліорганних травматичних пошкоджень у чоловіків у 2,77 разу вище, ніж у жінок. Як довів аналіз випадків травми, це пов'язано з тим, що чоловіки частіше виконують роботу, пов'язану з транспортом, механізмами, що рухаються, зайняті на фізичній роботі, частіше зловживають алкогольними напоями та перебувають у кримінально-небезпечному середовищі.

Сучасні критерії доказової медицини вимагають застосування ризикорієнтованого підходу до оцінювання клінічних явищ та ефективності лікувально-профілактичних заходів. Нами було застосовано критерії концепції клінічного управління ризиками (clinical risk management) із використанням клінічного результативного ризику (clinical result risk) для оцінювання загального масиву постраждалих [7].

Нами було розглянуто в якості ризикстворюючих факторів (відносно виникнення летального результату перебігу травматичного процесу у постраждалих з полісистемними та поліорганними травматичними пошкодженнями) клініко-епідеміологічні та клініко-нозологічні ознаки, причому їхній аналіз проводився окремо по кожному ризикстворюючому фактору.

Результати та їх обговорення. Аналіз отриманих даних показав, що клінічний ре-

© С.О. Гур'єв, Г.В. Бондарчук, С.П. Сацук, П.В. Танасієнко, 2012

зультативний ризик виникнення летального результату перебігу травматичного процесу в постраждалих, що пов'язано з ризикстворюючим фактором стать, має значну дисипацію в бік чоловічої статі, причому показник ризику в чоловіків (0,47) у 1,68 разу перевищує такий у жінок (0,28), хоча обидва показники ризику знаходяться у межах якісної категорії суттєвий ризик.

Ризик виникнення летального результату за ризикстворюючим фактором вік наведений у таблиці.

Ризик виникнення летального результату за ризикстворюючим фактором вік

Вікова група	Кількісна характеристика ризику	Якісна характеристика ризику	Ранг
<20 років	0,36	Суттєвий	5
21–29 років	0,29	Суттєвий	6
30–39 років	0,39	Суттєвий	4
40–49 років	0,45	Суттєвий	3
50–59 років	0,53	Критичний	2
60–69 років	0,45	Суттєвий	3
>70 років	1,33	Катастрофічний	1
Всього	0,42	Суттєвий	

В цілому варто зауважити, що має місце тенденція зростання показника ризику виникнення летального результату перебігу травматичного процесу в постраждалих, що пов'язано з ризикстворюючим фактором вік, із зростанням самого ризику з 0,29 до 1,13, тобто з суттєвого до катастрофічного.

Водночас варто визначити, що інтегральний результативний ризик виникнення летального результату перебігу травматичного процесу має якісну характеристику суттєвий та показник 0,42. Однак варто звернути увагу на значне коливання кількісних показників та якісних характеристик результативних ризиків за видами травматизму. Так, найбільший показник результативного ризику виникнення летального результату перебігу травматичного процесу мають постраждалі з невизначеним характером виникнення пошкоджень, що визначає його як катастрофічний (1,13). При кримінальному та виробничому травматизмі ризик складає 0,72 та 0,61, тобто є критичним, а при побутовому — 0,42, тобто є суттєвим. Водночас попри всі очікування такий ризик при ДТП складає лише 0,26, тобто є несуттєвим. Як довів аналіз випадків пошкодження, це зумовлено терміном початку надання медичної допомоги при

ДТП до 40 хвилин, з доставкою до лікарні 75 хвилин, а при невизначеному характері у середньому більше 3 годин.

В аспекті аналізу клінічних результативних ризиків виникнення летального результату перебігу травматичного процесу в постраждалих за ризикстворюючим фактором анатомо-функціональна ділянка пошкодження варто зауважити, що до групи критичного ризику відносяться пошкодження грудної клітки, голови та живота з показниками 0,60; 0,59 та 0,58, до групи

суттєвого ризику — пошкодження опорно-рухового апарату з показником 0,40.

Аналіз клінічних результативних ризиків виникнення летального результату перебігу травматичного процесу за ризикстворюючим фактором кількість пошкоджених анатомо-функціональних ділянок вказує на зростання кількісних та якісних характеристик за зростанням кількості пошкоджених анатомо-функціональних ділянок (тобто обсягу пошкодження), причому якщо пошкодження 2–3 ділянок має характерні ознаки суттєвого ризику (показник 0,29–0,47), то пошкодження більше 3 ділянок має вже катастрофічний ризик для життя постраждалого.

Аналіз клінічних результативних ризиків виникнення летального результату перебігу травматичного процесу в постраждалих за ризикстворюючим фактором інтегральна клініко-нозологічна група (тобто поєднання пошкоджень) вказує на наявність різних за якісною характеристикою ризиків серед інтегральних клініко-нозологічних форм полісистемних і поліорганичних пошкоджень. До групи з катастрофічним ризиком відносяться краніоторакоабдоміноскелетна травма (показник ризику 2,40). Критичний ризик виникнення летального

результату мають постраждали з краніоторакальною травмою (показник ризику 0,65), абдоміносkeletalною травмою (0,58), краніоторакоабдомінальною травмою (0,60), краніоторакоабдомінальною травмою (0,56). Суттєвий ризик мають постраждали з краніоабдомінальною травмою (0,38), торакоабдомінальною травмою (0,31), торакоабдоміносkeletalною травмою (0,27), краніоабдоміносkeletalною травмою (0,27), несуттєвий ризик — постраждали з краніосkeletalною травмою (0,18), торакосkeletalною травмою (0,22) та множинною skeletalною травмою (0,20).

Таким чином, різні за характером поєднання клініко-нозологічних форм полісистемних і поліорганних пошкоджень мають різні за якісними характеристиками клінічні результативні ризики виникнення летального результату перебігу травматичного процесу.

Викладене вказує на виключну залежність ризику летального результату від характеру клініко-нозологічної форми, а не поширеності в загальному масиві постраждалих з політравмою.

Аналіз клінічних результативних ризиків виникнення летального результату перебігу травматичного процесу в постраждалих за ризикстворюючим фактором алкогольна інтоксикація вказує на те, що поперше, такий ризик у постраждалих з наявністю алкогольної інтоксикації в 2,33 рази вищий за показник загального масиву; подруге, за умов будь-якого ступеня алкогольної інтоксикації ризик знаходиться в межах катастрофічного ризику та показник ризику зростає зі зростанням вмісту етанолу в крові. Як довів аналіз випадків пошкодження, це пов'язано з трьома причинними факторами: пізні звернення за медичною допомогою; певною мірою більшою тяжкістю та обсягом пошкодження; складністю діагностики пошкоджень внаслідок впливу алкогольної інтоксикації.

Аналіз клінічних результативних ризиків виникнення летального результату перебігу травматичного процесу за ризикстворюючим фактором час надходження до

лікарні з моменту травмування вказує на зростання кількісних та якісних характеристик зі зростанням часу, причому якщо при надходженні у термін до 1 години ризик характеризується як несуттєвий (показник 0,26), при надходженні протягом 1–2 годин — критичний (показник 0,76), то при надходженні пізніше 2 годин має вже катастрофічний ризик для життя постраждалого (показник 1,0 при надходженні протягом 2–6 годин та 2,5 при надходженні після 6 годин).

Таким чином, полісистемні травматичні пошкодження є окремою, досить тяжкою формою травми з властивими клініко-епідеміологічними та клініко-нозологічними характеристиками, що зумовлює необхідність підвищеної уваги до процесу діагностики та лікування постраждалих на ранньому госпітальному етапі.

Висновки

1. Надання медичної допомоги постраждалим з політравмою за умов міської лікарні потребує ризикорієнтованого підходу.

2. Ризикстворюючими факторами стосовно ризику виникнення летального результату перебігу травматичного процесу є вік, стать, обставини отримання пошкодження, анатомо-функціональна ділянка пошкодження, інтегральна клініко-нозологічна група, наявність екзогенної інтоксикації, а також своєчасність надходження на ранній госпітальний етап надання медичної допомоги.

3. Середньозважений показник клінічного результативного ризику виникнення летального результату перебігу травматичного процесу для постраждалих з політравмою, яким надається медична допомога за умов міської лікарні, становить 0,42, що визначається як суттєвий ризик, причому показник ризику коливається в межах від 0,18 до 2,40, тобто від несуттєвого до катастрофічного.

4. Ризикорієнтований підхід варто враховувати при формуванні схем і протоколів надання медичної допомоги постраждалим.

Список літератури

1. Актуальные проблемы организации помощи пострадавшим при дорожно-транспортной множественной и сочетанной травме / В. Н. Пастернак, В. Ю. Худобин, В. В. Пастернак [и др.] // Ортопедия, травматология и протезирование. — 2002. — № 3. — С. 82–87.
2. Голобородько М. К. Політравма життєво важливих органів: принципи інтенсивної терапії та інтенсивної хірургії / М. К. Голобородько, М. М. Голобородько // Одеський медичний журнал. — 2004. — № 4 (84). — С. 4–6.

3. *Кравченко О. І.* Політравма мирного часу: характер, тактичні і діагностичні помилки при наданні допомоги потерпілим / О. І. Кравченко, С. Р. Петров // Одеський медичний журнал. — 2004. — № 4 (84). — С. 42–43.
4. General issues of medical care in multiple trauma / A. S. Ermolov, M. M. Abakumov, V. A. Sokolov [et al.] // *Khirurgiia (Mosk)*. — 2003. — V. 12. — P. 7–11.
5. Діагностика і тактика лікування при закритій торакоабдомінальній травмі / Б. С. Запорожченко, В. В. Міщенко, В. І. Шилів [та ін.] // Одеський медичний журнал. — 2004. — № 4 (84). — С. 36–38.
6. *Ляпіс М. О.* Досвід лікування політравми з ушкодженням внутрішніх органів / М. О. Ляпіс, Л. Ю. Іващук, Ю. О. Ушанов // Одеський медичний журнал. — 2004. — № 4 (84). — С. 48–49.
7. *Rubio J. L.* Risk analysis / J. L. Rubio, C. A. Brebbiaj. — London, 1998. — 250 p.

С.Е. Гурьев, Г.В. Бондарчук, С.П. Сатсык, П.В. Танасиенко

РИСКОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ОЦЕНКЕ ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИСИСТЕМНЫМИ ТРАВМАТИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ, КОТОРЫЕ ПОЛУЧАЮТ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Проанализированы клинические результативные риски возникновения летального исхода течения травматического процесса у пострадавших с политравмой, которым оказывается медицинская помощь в условиях городской больницы, по клинико-эпидемиологическим и клинико-нозологическим рискообразующим факторам, которые следует учитывать при формировании схем и протоколов оказания медицинской помощи пострадавшим.

Ключевые слова: травма, полисистемные повреждения, риск, рискообразующий фактор.

S.O. Guryev, G.V. Bondarchuk, S.P. Satsyk, P.V. Tanasienko

RISK ORIENTED APPROACH IN ESTIMATION PATIENTS WITH POLYSYSTEMIC TRAUMATIC INJURIES WHO RECEIVE MEDICAL CARE IN CONDITIONS CITY HOSPITAL

It is analysed clinical efficient risk of arising fatal traumatic process in patients with polytrauma who provided medical care in the city hospital for clinico-epidemiological and clinico-nosological risk creating factors, which should be considered when forming schemes and protocols for care of the victims.

Key words: trauma, polysystemic injuries, risk, risk creating factors.