

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. В останні десятиріччя у світі все більше уваги приділяється проблемам полісистемних та поліорганних пошкоджень, а також відмічається неухильний зріст серед населення країн світу осіб старших вікових груп. Тільки в найближчі 50 років у США прогнозується збільшення даної категорії населення до 50,0%. Серед населення України у 2025 році особи більше 60 років будуть складати 20,0% від загальної кількості населення країни (Jess H. Lonner, 1995; Безруков В.В., 1998; Гайко Г.В., 1996, 2001).

Поряд з цим відбувається і збільшення кількості політравми (ПТ) в “геріатричному секторі”. Високий відсоток побутових травм є характерним для осіб літнього віку і складає біля 41,80%. Падіння з висоти складають від 9,0% до 11,0% усіх травм, пов’язаних із смертністю серед населення, однак, вони складають 50,0% смертельних випадків серед осіб більше 65 років. Загальна летальність у осіб літнього віку, які отримали поєднану черепно-мозкову травму (ЧМТ) при дорожньо-транспортних пригодах (ДТП), складає 87,70%, з них у похилих – 75,5%, а у старечих – 95,0% (Jess H. Lonner, 1995; Broos P.L., 1988; Агарков Н.М., 1990; Костандян Л.И., 1988; Педаченко Г.А., 1986; Барамя Н.Н., 2000).

Особливістю протікання травматичної хвороби у літніх людей є зрив компенсаторних можливостей організму, пов’язаних з наявністю численних хронічних захворювань серцево – судинної, легеневої, нервової, опорно-рухової системи та системи травлення, а також функціональних розладів організму, що значно знижує можливість позитивного результату у лікуванні цієї групи постраждалих. Співвідношення ендогенних та екзогенних факторів цієї групи постраждалих складає 4:1, в той час, як у осіб працездатного віку – 2:1, що пояснюється наявністю у 75,0% осіб літнього віку супутніх хронічних захворювань, в тому числі в 30,0% у стадії декомпенсації (Gueland S., 1999; Jeffery H., 2000; Mears D.C., 1999; Коваленко О., 1998; Донченко Л.И., 1996; Лазебник Л.Б., 1995; Николенко В.К., 2000). Ризик смертності у літніх пацієнтів, які отримали тяжку ПТ у 3 рази вищі, ніж серед постраждалих молодшого віку з аналогічною травмою (Finelli F., 1989).

Різноманіття характеру ускладнень, які виникають при отриманні літніми людьми ПТ потребує розробки нових спеціальних алгоритмів та схем надання медичної допомоги з урахуванням вікових особливостей постраждалих, а також перегляду діагностично-лікувального процесу (тобто діагностика існуючих пошкоджень та наявність супутньої патології, попереднє лікування хронічних захворювань, та попередження ускладнень у післяопераційному періоді).

Таким чином, актуальність розглянутої теми обумовлюється кількома важливими обставинами: високим відсотком діагностичних помилок у осіб літнього віку на фоні шоку, черепно-мозкової травми, супутніх захворювань, або алкогольного сп'яніння; обмеженим часом для визначення послідовності та термінів хірургічного лікування постраждалих з поєднаною травмою; відсутністю чітких критеріїв для визначення об'єму оперативного втручання, пов'язаних із комплексною оцінкою тяжкості політравми та прогнозуванням клінічного перебігу ТХ у постраждалих даної категорії; соціальною та економічною значимістю, обумовленою незадовільними результатами лікування даної групи пацієнтів.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Дисертаційна робота виконана на базі Центру політравми Українського науково-практичного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України та клініки політравми Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги у загальному комплексі галузевих науково-дослідних робіт, а саме: “Науково обґрунтувати системи та стандартизовані протоколи надання медичної допомоги постраждалим з поєднаною травмою” (2000-2002 рр. № державної реєстрації 0100 U 002784).

Мета і завдання дослідження.

Мета дослідження - наукове обґрунтування оптимізації та підвищення ефективності лікувально-діагностичного процесу у постраждалих літнього віку з політравмою.

Завдання дослідження:

1. Визначити клініко-нозологічну структуру політравми у постраждалих літнього віку.
2. Провести науковий аналіз ефективності лікувально-діагностичних заходів у постраждалих літнього віку з політравмою.
3. Визначити рівень та причини виникнення летального результату травматичного процесу у осіб літнього віку з політравмою.
4. Розробити науково обґрунтовані пропозиції щодо оптимізації лікувально-діагностичного процесу у постраждалих літнього віку з політравмою.

Об'єкт дослідження - травматичний процес у осіб літнього віку, які отримали політравму.

Предмет дослідження - клініко-епідеміологічні характеристики поєднаної травми, діагностика та лікування постраждалих літнього віку з політравмою.

Методи дослідження - при проведенні дисертаційного дослідження були використані наступні методи дослідження: статистичний, клінічний, інструментальний та метод експертної оцінки. З метою вивчення вірогідності впливу різних факторів на виникнення та перебіг травматичної хвороби у постраждалих літнього віку, а також для визначення взаємовпливу тих чи

інших факторів було проведено кореляційний аналіз за методом визначення поліхорічного коефіцієнту зв'язку C , показника взаємного сполучення ϕ^2 та критерію вірогідності Пірсона χ^2 .

Наукова новизна роботи.

Вперше вивчено та проведено науковий аналіз клініко-епідеміологічних на клініко-нозологічних характеристик політравми у постраждалих літнього віку та визначено причинні фактори недоліків у наданні медичної допомоги постраждалим даної вікової групи. Встановлено наявність вірогідного зв'язку ризику виникнення летального результату при отриманні політравми літніми людьми від статевої ознаки (жінки мають ризик в 1,3 рази вище ніж чоловіки). Вперше проведено наукове обґрунтування реалізації медичних технологій надання екстреної медичної допомоги постраждалим літнього віку з політравмою.

Практична цінність роботи.

Вперше розроблено і впроваджено у практику схема прийняття клініко-організаційних рішень при наданні медичної допомоги постраждалим літнього віку з політравмою.

На підставі комплексного обстеження в оптимальному обсязі та визначення адекватного рівня та обсягу медичної допомоги дозволило значно підвищити ефективність лікувально-діагностичних заходів.

Особистий внесок здобувача.

Мета, план, завдання та методологія дослідження розроблені особисто автором. Самостійно проаналізована наукова література з проблем політравми та лікування осіб літнього віку, проведено статистичний аналіз результатів надання медичної допомоги постраждалим старших вікових груп на етапах лікування. Співавторство у наукових працях, опублікованих за матеріалами дисертації, було вагомим та продуктивним. Значна кількість операцій та подальше лікування проводилась автором особисто. На підставі проведеного особисто наукового аналізу клініко-епідеміологічних та клініко-нозологічних характеристик контингенту постраждалих літнього віку з політравмою та вивчення причин діагностичних помилок, автор обґрунтував необхідність використання сучасних діагностично-лікувальних технологій, що дозволяє більш кваліфіковано підходити до надання екстреної медичної допомоги постраждалим даної вікової групи.

Апробація результатів дисертації.

Основні положення та результати дисертації викладені в доповідях на XIII з'їзді травматологів України (Донецьк – 2001), з'їзді геронтологів (Київ – 1999), конференції Київської медичної академії післядипломної освіти (Київ – 2000), Українській науково-практичній конференції з геріатричної ортопедії (Вінниця – 2000, Тернопіль – 2002), науково-практичній

конференції “Екстрена медична допомога: сучасні проблеми організації” (Київ – 2001), I Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю “Політравма – сучасна концепція надання медичної допомоги” (Київ – 2002), а також на засіданнях Вченої ради УНПЦ ЕМД та МК (м. Київ – 2000, 2001, 2002 р.).

Публікації.

За темою дисертації опубліковано 10 робіт, серед них 3 журнальні статті, 7 статей у збірниках наукових праць, що є в переліку, затвердженому ВАК.

Структура дисертації.

Дисертація складається з вступу, аналітичного огляду літератури, методів дослідження, 3 розділів клінічного матеріалу, узагальнення результатів дослідження, висновків, практичних рекомендацій та списку використаних літературних джерел, що включають 204 найменувань, в тому числі 124 літературних джерел країн СНД та 80 – іноземних. Обсяг дисертації складає 214 сторінок тексту. Робота ілюстрована таблицями (83), рисунками (11) та схемами (2).

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

За методологією часово-детермінованого дослідження, був обраний типовий часовий період роботи клініки політравми. Всього було піддано аналізу медичну документацію 1176 постраждалих, які отримали травму та знаходились на лікуванні у відділенні політравми КМКЛ ШМД з 1.01.2000р. по 31.06.2000р. З них, 137 постраждалих літнього віку склали групу дослідження (110 одужавших і 27 померлих) та 1039 постраждалих молодшого віку - контрольну групу (964 одужавших і 75 померлих).

Масив дослідження склали різні вікові групи постраждалих. Хоча в останні роки збільшилась кількість населення літнього віку, однак воно в певній мірі не превалює серед постраждалих з ПТ та складає, згідно отриманих даних 11,66%. В групі одужавших постраждалих превалюють особи в віці від 20 до 59 років, що пов'язано з наявністю у даної вікової категорії більших компенсаторних можливостей організму (в порівнянні з літніми людьми).

Розподіл масиву вивчення за статевою ознакою виявився наступним: осіб чоловічої статі було 63,5% (серед одужавших – 64,55% та 59,26% серед померлих); осіб жіночої статі – 36,5% (35,45% та 40,74% відповідно), що вказує на те, що у чоловіків потенційна небезпека травмування у 1,5 рази вища, за жінок. Однак співвідношення одужавші / померлі у чоловіків склало 4,44, в той час як у жінок – 3,55. Тобто, незважаючи на більшу вірогідність травмування серед чоловіків, ризик виникнення летального результату при отриманні травми у жінок у 1,3 рази більше.

В стані алкогольного сп'яніння (рівень етанолу у крові $> 1,40\text{‰}$), було госпіталізовано 17,52% постраждалих, з них одужавших – 18,18%, серед померлих – 14,81%. Це свідчить про те, що наявність алкогольного сп'яніння у постраждалих літнього віку не впливає на імовірність отримання травми.

Основна маса постраждалих літнього віку була госпіталізована у стаціонар бригадами ШМД (94,16%), з них на транспортну госпіталізацію припадає 13,14%. Незначна частка постраждалих (5,84%) з числа тих, хто отримав більш легку травму, госпіталізується у стаціонар за самозверненням.

Розподіл знаходження постраждалих літнього віку у стаціонар виявився наступним (табл. 1).

Таблиця 1

Аналіз розподілу масиву вивчення за результатом та терміном госпіталізації у стаціонар

Термін госпіталізації після травмування	Одужавші		Померлі		Загальний масив	
	Питома вага	Ранг	Питома вага	Ранг	Питома вага	Ранг
До 1 години	12,73%	5	51,85%	1	20,44%	1
До 3 годин	20,91%	1	14,81%	3	19,71%	2
До 6 годин	7,27%	7	-	-	5,84%	6
В першу добу	18,18%	2	-	-	14,60%	3
В перші 3 доби	16,36%	3	7,41%	4	14,60%	3
Більш ніж 3 доби	15,45%	4	7,41%	4	13,87%	4
Не визначено	9,10%	6	18,52%	2	10,94%	5

Постраждалі, які склали групу одужавших, звертаються у приймальне відділення майже рівномірно на протязі всього дня; водночас на госпіталізацію постраждалих, які склали групу померлих, мають суттєвий вплив вечірні сутінки, під час котрих кількість постраждалих даної групи зростає вдвічі (з 7,41% до 14,82%).

Основна частина одужавших постраждалих літнього віку була госпіталізована в більш пізній період, що дозволяє стверджувати, що групу одужавших складають постраждалі, які отримали більш легку травму та їх госпіталізація пов'язана з погіршенням загального стану, підсиленням больового синдрому або за наполяганням родичів.

Розподіл потерпілих за механізмом травмування наведено у табл.2.

У всіх групах постраждалих літнього віку падіння та прямий удар є механізмами отримання пошкодження, причому у літніх жінок превалює кататравма, а у чоловіків – травма, пов'язана з прямим ударом.

Аналіз розподілу масиву вивчення за результатом та механізмом
травматизму

Механізм травматизму	Одужавші		Померлі		Загальний масив	
	Питома вага	Ранг	Питома вага	Ранг	Питома вага	Ранг
Падіння	45,45%	1	44,44%	1	45,26%	1
Прямий удар	41,82%	2	44,44%	1	42,34%	2
Стиснення	-		-		-	
Не визначено	12,73%	3	11,12%	2	12,40%	3
Всього	100,00%		100,00%		100,00%	

Розподіл потерпілих за видами травматизму наведено у табл.3.

Таблиця 3

Порівняльний ранговий аналіз постраждалих масиву вивчення
за ознакою результату та видами травматизму

Вид травматизму	Одужавші		Померлі	
	Всього	Ранг	Всього	Ранг
Дорожньо-транспортний	16,36%	4	44,45%	1
Виробничий	-	-	-	-
Вуличний	28,18%	1	7,40%	4
Кримінальний	25,46%	2	11,11%	3
Побутовий	17,27%	3	25,93%	2
Спортивний	-	-	-	-
Не визначений вид травматизму	12,73%	5	11,11%	3
Всього	100,00%		100,00%	

Таким чином, у осіб літнього віку переважає дорожньо-транспортний вид травматизму, який являє собою основну причину виникнення летального випадку. Слід зауважити, що всі померлі внаслідок ДТП – пішоходи.

При розгляді розподілу постраждалих за клініко-нозологічними групами, виявлено наступне: в групі одужавших постраждалих літнього віку переважає ізольована торакальна травма (26,36%). Серед ПТ переважає краніо-торакальний компонент (63,64%). В даній групі немає суттєвих розбіжностей за статевими ознаками; в групі померлих превалює ПТ, причому на частку найбільш тяжкої (краніо-торако-абдоміно-скелетної) травми припадає 51,86% спостережень, чоловіки отримують цю травму майже вдвічі частіше (62,5%), ніж жінки (36,37%).

Характеризуючи краніальний компонент ПТ (табл.4), слід звернути увагу

на те, що 35,77% постраждалих літнього віку госпіталізовано у лікарню з ознаками ЧМТ.

Таблиця 4

Порівняльний ранговий аналіз розподілу масиву вивчення за ознакою результату та клінічних проявів черепно-мозкової травми

Клінічні ознаки ЧМТ	Одужавші		Померлі		Загальний масив	
	Питома вага	Ранг	Питома вага	Ранг	Питома вага	Ранг
Струс ГМ	20,91%	2	33,33%	2	23,36%	2
Забій ГМ	3,64%	3	48,15%	1	12,41%	3
Без ознак ЧМТ	75,45%	1	18,52%	3	64,23%	1
Всього	100,00%		100,00%		100,00%	

Аналіз розподілу масиву дослідження за ступенем втрати свідомості виявився наступним: в групі одужавших помірно приглушення спостерігається у 10,1% постраждалих, глибоке приглушення – у 3,64%, сопор – у 1,82%, глибока кома - у 0,9% постраждалих; в групі померлих ці показники значно вище. Так, помірно приглушення визначено у 29,63% постраждалих, глибоке приглушення у 18,52%, сопор та помірна кома у 11,11% постраждалих, глибока кома у 3,71%, термінальна кома у 14,81% постраждалих.

Таким чином, серед групи одужавших постраждалих, більш розповсюджена легка форма ЧМТ, яка рідше супроводжується порушенням свідомості та немає впливу на подальший перебіг травматичної хвороби.

Таблиця 5

Порівняльний ранговий аналіз розподілу масиву вивчення за ознакою результату та пошкодження реберного каркасу

Пошкодження реберного каркасу	Одужавші		Померлі		Загальний масив	
	Питома вага	Ранг	Питома вага	Ранг	Питома вага	Ранг
Перелом ребер	36,36%	2	51,85%	1	39,42%	2
Перелом груднини	0,91%	3	-		0,73%	3
Перелом груднини та ребер	0,91%	3	-		0,73%	3
Без пошкодження	61,82%	1	48,15%	2	59,12%	1
Всього	100,00%		100,00%		100,00%	

Торакальний компонент ПТ характеризується пошкодженням реберного каркасу та наявністю внутрішньоплевральних ускладнень (табл.5). Так, переломи ребер та груднини зустрічаються у 38,18% постраждалих літнього

віку, які складають групу одужавших, водночас цей показник в групі померлих становить 51,85%. Слід зауважити, що більш небезпечними для життя є, так звані, “множинні переломи ребер”, які майже у 6 разів частіше зустрічаються у групі померлих, що в деякій мірі обумовлює значну кількість внутрішньоплевральних ускладнень у групі померлих постраждалих.

Проведений аналіз довів, що внутрішньоплевральні ускладнення серед постраждалих групи одужавших зустрічаються у наступній кількості: забій легень - у 0,91%, пневмоторакс - у 8,18%, гемоторакс - у 2,73%, гемопневмоторакс - у 3,64% постраждалих. В групі померлих ці показники значно вищі. Так, забій легень у цій групі спостерігається у 14,81%, пневмоторакс зустрічається кожен у 7,41% постраждалих, гемопневмоторакс - у 14,81%. Все це свідчить про те, що тяжка торакальна травма негативно впливає на подальший результат лікування.

Абдомінальне пошкодження (табл.6), як компонент ПТ, зустрічається у 10,95% постраждалих літнього віку, з них у групі померлих вони спостерігається у 4 рази частіше, ніж у групі одужавших (29,63% та 6,37% відповідно).

Таблиця 6

Порівняльний ранговий аналіз розподілу масиву вивчення за ознакою результату та наявністю пошкодження органів черевної порожнини

Абдомінальне пошкодження	Одужавші		Померлі		Загальний масив	
	Питома вага	Ранг	Питома вага	Ранг	Питома вага	Ранг
З пошкодженням паренхіматозних органів	4,55%	2	22,22%	2	8,03%	2
З пошкодженням порожнистих органів	1,82%	3	7,41%	3	2,92%	3
Без пошкодження органів черевної порожнини	93,63%	1	70,37%	1	89,05%	1
Всього	100,00%		100,00%		100,00%	

Це дозволяє стверджувати про те, що масивна внутрішня кровотеча та геморагічний шок, які супроводжують пошкодження паренхіматозних органів при ПТ, значно погіршують загальний стан постраждалих літнього віку та негативно впливають на подальше лікування.

Скелетний компонент ПТ спостерігається у 27,0% випадків, причому серед групи померлих - у 62,96%, а серед групи одужавших - лише у 18,18%.

Характер пошкоджень сегментів ОРС у постраждалих літнього віку, які отримали ПТ виявився наступним (див. табл.7).

Порівняльний ранговий аналіз розподілу масиву вивчення
за результатом та пошкодженням сегментів ОРС

Пошкодженні сегменти ОРС	Одужавші		Померлі		Загальний масив	
	Питома вага	Ранг	Питома вага	Ранг	Питома вага	Ранг
Хребет	11,76%	3	13,16%	4	12,50%	4
Надпліччя	5,89%	5	2,63%	6	4,17%	7
ПВВК	17,65%	2	18,42%	3	18,06%	3
ДВВК	8,82%	4	7,89%	5	8,33%	5
Таз	11,76%	3	26,32%	2	19,44%	2
ПВНК	8,82%	4	2,63%	6	5,56%	6
ДВНК	35,30%	1	28,95%	1	31,94%	1
Всього	100,00%		100,00%		100,00%	

Аналіз наведених даних довів, що найбільш часто підлягає травмуванню дистальний відділ нижньої кінцівки (ДВНК) – 31,94%, таз – 19,44%, проксимальний відділ нижньої кінцівки (ПВНК) – 18,06% та хребет – 12,5%. Така тенденція спостерігається і окремо в групах вивчення.

При подальшому розгляді виявлено, що у групі померлих, у 40,74% постраждалих має місце множинне пошкодження ОРС (на кожного травмованого цієї групи приходиться біля 2,2 пошкоджень кісток скелету), в той час, коли цей показник у групі одужавших складає лише 2,73%.

Таблиця 8

Порівняльний ранговий аналіз розподілу масиву
вивчення за результатом та структурою пошкодження ОРС

Характер пошкодження ОРС	Одужавші		Померлі		Загальний масив	
	Питома вага	Ранг	Питома вага	Ранг	Питома вага	Ранг
Поодинокі пошкодження ОРС	13,64%	2	29,63%	2	16,79%	2
Множинні пошкодження ОРС	2,73%	3	40,74%	1	10,22%	3
Без пошкодження ОРС	83,63%	1	29,63%	2	72,99%	1
Всього	100,00%		100,00%		100,00%	

Це вказує на те, що постраждалі літнього віку, які померли, отримали більш тяжку поєднану скелетну травму, ніж одужавші.

Діагностика пошкоджень у постраждалих літнього віку, які отримали ПТ, є складною проблемою хірургії пошкоджень, тому їй приділяється не менше уваги, ніж лікуванню.

Однак, вже на догоспітальному етапі лікування, спостерігаються діагностичні помилки з боку персоналу швидкої медичної допомоги (ШМД), які у наступному ускладнюють правильну постановку діагнозу постраждалим з ПТ. Так, у загальному масиві дослідження, лише у 45,99% випадків спостерігався збіг діагнозів ШМД та лікувальної установи, причому у 35,88% спостережень діагноз був сформульований лише за допомогою аббревіатури (ЗЧМТ, ЗТГК та ЗТЖ), без уточнення передбачених пошкоджень, а у 1,45% - не був встановлений зовсім.

Аналізуючи догоспітальний етап лікування, потрібно звернути увагу на надання медичної допомоги на етапі транспортування постраждалих у стаціонар. Як свідчить наш досвід, знеболювання на даному етапі лікування, застосовується лише у 27,9% постраждалих загального масиву дослідження (у 24,51% одужавших та 40,73% померлих), а транспортна іммобілізація поламаних кінцівок - лише у 61,57% постраждалих.

Для запобігання помилок на догоспітальному етапі надання медичної допомоги постраждалим літнього віку, пропонуємо наступну схему.

Схема 1

Схема прийняття клініко-організаційних рішень при наданні медичної допомоги постраждалим літнього віку на догоспітальному етапі



На догоспітальному етапі діагноз шоку було встановлено лише кожному 16 постраждалому із загального масиву дослідження. Це дозволяє стверджувати про те, що повноцінні протишочкові заходи виконувались не всім постраждалим, які того потребували. Так, у одужавших, які мали шок I ступеня, протишочкові заходи проводились лише у 16,67% постраждалих; з шоком II ступеня – у 33,33%. В групі померлих ці показники становлять: серед постраждалих з шоком I ступеня – 12,5%; з шоком II ступеня – 45,45%; з шоком III ступеня – протишочкові заходи не виконувались нікому з постраждалих, а в групі травмованих, які були госпіталізовані у лікарню в стані клінічної смерті лікувальні заходи проводились лише 75,0% постраждалих.

Для запобігання помилок лікувально-діагностичного характеру постраждалих літнього віку з ПТ на стаціонарному етапі лікування, пропонуємо наступну схему.

Схема 2

Схема прийняття клініко-організаційних рішень при наданні медичної допомоги постраждалим літнього віку на госпітальному етапі



Аналіз довів, що серед загального масиву дослідження 62,02% постраждалих госпіталізувались в шоковому стані, у 30,66% - спостерігалось порушення свідомості, а 17,52% постраждалих на час госпіталізації знаходились в стані алкогольного сп'яніння. Крім того, на діагностичний процес впливає наявність у постраждалих літнього віку інволюційних та хронічних хвороб. Все це значно ускладнює діагностичний процес у постраждалих цієї вікової групи та потребує від лікарів особливої уваги до травмованих.

Розподіл постраждалих за ознакою ступеня шоку проводили за допомогою індексу Альговера, який визначався відношенням частоти Ps до систолічного АТ. В групі одужавших шок I ступеня був визначений у 50,0% , II ступеня - у 8,18%, а у 41,82% постраждалих шоку не було. В групі померлих відмічається зріст кількості постраждалих із шоком майже у 1,5 рази. При чому, при зниженні постраждалих з шоком I ступеня (29,63%) спостерігається зріст кількості постраждалих з шоком II ступеня в 5 разів (40,74%). В цій групі шок II ступеня було встановлено у 3,7% постраждалих, а 14,82% - було госпіталізовано в лікарню в стані клінічної смерті. Не мали шоку під час госпіталізації лише 11,11% постраждалих цієї групи. Взагалі, в групі одужавших мали шок 58,18% постраждалих, а в групі померлих – 74,07%.

Водночас, за даними, що були надані бригадами ШМД, в шоковому стані було госпіталізовано 3,88% постраждалих загального масиву дослідження (а це означає, що 58,14% постраждалих загального масиву не отримали під час транспортування у стаціонар відповідних медичних заходів).

Крім загально – клінічного огляду, деякі постраждалі потребують виконання додаткових методів дослідження (лабораторні: загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, визначення групи крові та Rh, біохімічне дослідження крові, визначення етанолу та токсичних речовин у крові та інструментальні: рентгенографія, КТ головного мозку, УЗД органів черевної порожнини, MRT, ендоскопічне дослідження та інші). Лабораторні дослідження виконувались за загально прийнятими методиками у загальній та біохімічній лабораторіях лікарні.

Відносно діагностики поєднаної ЧМТ, слід відмітити, що 33,58% постраждалих масиву вивчення мало її ознаки. Всі постраждалі літнього віку з підозрою на нейротравму, потребують огляду нейрохірурга, а при необхідності і невропатолога. Це пов'язано з тим, що у постраждалих літнього віку клініка пошкодження головного мозку не є типовою (особливо це стосується нетяжких пошкоджень головного мозку). Крім того, у постраждалих цієї групи має місце необхідність проведення диференціальної

діагностики нейротравми з порушенням мозкового кровообігу (який, в свою чергу, може бути причиною травмування постраждалого).

При наявності у постраждалих літніх вікових груп черепно-мозкового компоненту травми, лікувальна тактика визначається впливом вікових змін на ЧМТ. Питання, щодо проведення оперативного лікування виникає лише при тяжкій черепно-мозковій травмі, яка включає в себе забій головного мозку з поєднанням із внутрішньо мозковими гематомами та вдавненим переломом кісток черепа.

З метою підтвердження або спростування наявності пошкоджень з боку ОГК, постраждалі потребують виконання рентгенологічних досліджень за загальною методикою. Постраждалі, у котрих були отримані сумнівні рентгенологічні результати дослідження, а також всі постраждалі з клінічними ознаками торакальної травми та втратою свідомості, потребують виконання діагностичної торакопункції з боку припустимого пошкодження. Так, у групі одужавших, сумнівні результати при рентгенологічному дослідженні отримані у 4,4% постраждалих, а в групі померлих - у 25,0%. В зв'язку з тяжким станом 18,52% постраждалих, із групи померлих, потребувало виконання діагностичної торакопункції без рентгенологічного дослідження. Всього потребувало виконання діагностичної торакопункції 6,57% постраждалих загального масиву дослідження. З них у групі одужавших – 3,64% (всі однобічні), у групі померлих – 18,52% (7,41% однобічні та 11,11% - двобічні).

Діагностика пошкодження ОЧП, також розпочинається з загального огляду постраждалого, під час якого лікар повинен виявити клінічні ознаки травми ОЧП. У випадках, коли постраждалі знаходяться в тяжкому стані, з втратою свідомості та ознаками шоку, вони потребують негайного виконання діагностичного оперативного втручання (лапароцентезу або мікролапаротомії). Всього потребувало виконання діагностичного лапароцентезу 17,52% постраждалих загального масиву дослідження, з яких у групі одужавших – 8,18%, в групі померлих – 55,56%. При наявності на передній черевній стінці у постраждалих післяопераційних рубців, виконується діагностична мікролапаротомія. Серед загального масиву вивчення вона виконана 3,65% постраждалих, з них: у групі одужавших - у 1,82%, а у групі померлих - у 11,11%.

Варто відмітити, що у групі одужавших 66,67% лапароцентезів було закінчено лапаротомією (що становить 85,71% всіх лапаротомій в цій групі), а в групі померлих – 26,67% (57,14% відповідно). Це свідчить про те, що діагностика пошкоджень ОЧП у постраждалих, які знаходяться в тяжкому стані залишається дуже складною та потребує від лікаря більш активної (оперативної) тактики для отримання вірогідного діагнозу.

Значну допомогу в діагностиці травми ОРС надає рентгенологічне дослідження, яке обов'язково виконується у двох проекціях. Рентгенографія опорно-рухової системи в загальному масиві дослідження була виконана 27,01% постраждалих, з них: у групі одужавших – 18,18% постраждалих, у групі померлих – 62,96%. MRT дослідження виконувалось тільки при пошкодженні хребта (0,73% постраждалим загального масиву вивчення).

Лікування пошкодження ОРС є однією з важливих проблем ПТ, особливо коли це стосується постраждалих літнього віку. При вирішенні цього питання виникає низка проблем. З одного боку, необхідно як можна раніше активізувати постраждалого (для усунення можливих легеневих ускладнень), а з другого – оперативна корекція сама є додатковою травмою, що в деякій мірі може погіршити загальний стан постраждалого. В світовій практиці зараз превалує активна (оперативна) тактика лікування постраждалих з скелетною травмою. Однак, це можливо лише за умови адекватного функціонування компенсаторних можливостей організму. Враховуючи те, що у постраждалих літнього віку компенсаторні можливості організму знижені, ми пропонуємо дотримуватись у цієї категорії травмованих консервативної тактики лікування (гіпсова іммобілізація та проведення малоінвазивних оперативних втручань – накладення АЗФ та апарату Ілізарова). Так, в загальному масиві дослідження гіпсова іммобілізація була застосована у 17,52% постраждалих, з них у групі одужавших - у 9,09%, та 51,85% - у групі померлих.

Поряд з діагностикою пошкоджень, постраждалі літнього віку потребують додаткового обстеження на наявність супутніх хронічних захворювань, які у подальшому значно можуть погіршити загальний стан травмованого.

Слід відмітити, що діагностичний процес при ПТ проводиться не окремо для кожної системи, а в комплексі, що дозволяє значно скоротити час обстеження та початку лікування постраждалого.

Варто зауважити, що серед загального масиву дослідження та в групі померлих були встановлені деякі помилки. Це стосується не діагностованих пошкоджень, які були виявлені лише під час проведення судово-медичної експертизи (СМЕ). Так, у 4,55% постраждалих загального масиву дослідження не було діагностовано пошкодження кісток черепа, у 13,64% - наявності субарахноїдального крововиливу, у 11,11% - двобічного гемотораксу, у 7,4% - пошкодження органів черевної порожнини та у 24,32% - пошкодження сегментів ОРС. Однак, всі ці постраждалі не отримали під час перебування у лікарні необхідного комплексу діагностичних заходів та померли у протишоковій палаті (на момент госпіталізації вони знаходились в стані клінічної смерті).

Оцінка тяжкості та прогнозів при ПТ проводилась за допомогою оціночних шкал TS та PTS.

Згідно загальної характеристики шкали TS, загальний стан постраждалих визначався за 16-ти бальною системою. Всі постраждалі були розподілені на 5 клінічних груп: I група - постраждалі в задовільному стані (сума балів дорівнює 16); II група – постраждалі зі станом середньої тяжкості (сума балів від 11 до 15); III група – постраждалі в тяжкому стані (сума балів від 8 до 10); IV група – постраждалі в край тяжкому стані (сума балів від 3 до 7) та V група – постраждалі в агональному стані (сума балів від 0 до 2).

Проведений аналіз свідчить, що із загального масиву дослідження було госпіталізовано: у задовільному стані - лише 35,04% постраждалих, в стані середньої тяжкості - 54,74%, в тяжкому стані – 5,84%, а в край тяжкому та агональному стані - по 2,19% кожний.

Серед одужавших, постраждалі I групи становлять 42,73%, II – 53,64%, III – 3,63%. Серед померлих, кількість постраждалих I групи знизилась до 3,7%, постраждалі II групи становлять 59,26%, III – 14,82%, IV та V становили по 11,11% кожна.

Однак, в зв'язку з тим, що в цій шкалі не враховується вік постраждалого, додатково було проведено дослідження за шкалою PTS.

Шкала PTS включає в себе клініко-анатомічну оцінку типових пошкоджень голови, грудної клітки, живота, тазу, хребта та кінцівок. По тяжкості анатомічних пошкоджень всі постраждалі були розподілені на 4 клінічні групи: I група – легкі та середньотяжкі пошкодження (сума балів до 19); II група – тяжкі пошкодження, але без загрози для життя на першому етапі (сума балів від 20 до 34); III група – тяжкі пошкодження з загрозою для життя на всіх етапах (сума балів від 35 до 48); IV група – дуже тяжкі пошкодження з невеликим шансом на виживання (сума балів від 49 та вище).

Загальний масив дослідження виявився наступним: I група складає 59,12%; II – 29,2%; частка III та IV групи складає по 5,84% кожна.

Підводячи підсумок, слід відмітити, що шкали TS та PTS слід широко застосовувати на стаціонарному етапі лікування, тому що вони досить об'єктивно відображають тяжкість отриманих травм та стану постраждалих, а також дозволяють прогнозувати подальший перебіг травматичної хвороби та прогноз у постраждалих.

Аналіз розподілу загального масиву дослідження свідчить про те, що у значній більшості постраждалих (57,0%) операції розпочалися в першу годину з моменту госпіталізації в стаціонар, причому у 24,53% - в перші 30 хв. В термін від 1 до 2 год. та у термін від 2 до 6, операції розпочались у 13,21% постраждалих кожна; від 6 год. до 1 доби – у 7,55% постраждалих. На

частку відстрочених операцій припадає 9,43% (всі вони спостерігаються лише у групі одужавших постраждалих).

Аналізуючи характер оперативних втручань, які виконувались постраждалим літнього віку, слід відмітити, що у групі одужавших було прооперовано 30,0% постраждалих (з них на частку діагностичних операцій припадає 30,0% спостережень, а на частку лікувального характеру – 70,0%). В групі померлих було прооперовано 81,48% постраждалих, при тому, що 14,82% травмованих цієї групи, було госпіталізовано в лікарню у стані клінічної смерті і померло ще до початку операції у протишоковій палаті. В цій групі превалюють оперативні втручання діагностичного плану, на їх частку припадає 49,05% від всіх оперативних втручань.

Що стосується консервативної терапії у постраждалих літнього віку, то вона включає в себе корекцію життєзабезпечуючих функцій організму, проведення адекватної протизапальної та антибактеріальної терапії, а також лікування супутніх хронічних хвороб у постраждалих цієї вікової категорії.

Згідно даних офіційної статистики, в середньому на одного пацієнта віком від 60 років, припадає по 4– і супутніх хвороб, від яких він приймає ліки. В той час відомо, що ризик виникнення побічної реакції на медичні препарати, у пацієнтів цієї вікової категорії у 1,5рази вище, ніж у пацієнтів середнього віку. Тому, при призначенні ліків, слід враховувати наявність деяких змін у фармакодинаміці та фармакокінетиці ліків у організмі літніх пацієнтів.

Згідно отриманих під час виконання роботи даних, ПТ у постраждалих літнього віку супроводжується ускладненням у 27,74% постраждалих загального масиву дослідження (з них у 23,64% постраждалих групи одужавших та у 44,45% серед групи померлих). Слід відмітити, що в основному спостерігались ускладнення інфекційного характеру, до них відносяться: запальні захворювання з боку легень (пневмонія, пульмоніт, плеврит), шкіри (нагноєння післяопераційних та інших ран) та інші (цистит, набряк мозку).

Так, на частку ускладнень з боку системи зовнішнього дихання припадає 21,9% спостережень серед загального масиву дослідження (20,91% серед одужавших та 25,93% серед померлих). При ретельному розгляді структури легеневих ускладнень слід зазначити, що у групі одужавших пневмонії зустрічаються у 47,82%, плеврити – у 34,78%, пневмонії, ускладнені плевритом та післятравматичні пульмоніти – у 8,7% кожний. В групі померлих у 100% спостережень зустрічаються двобічні бронхопневмонії. Це пояснюється присутністю хронічних легеневих захворювань у постраждалих літнього віку та розповсюдженістю в цій віковій групі торакального компоненту травми.

Смерть постраждалого завжди вважалась найбільшим укладенням травматичної хвороби. Визначено, що смерть може бути миттєвою та виникати під час травмування або в перші хвилини після нього, а також в перші години або на протязі декількох діб та тижнів після травмування. Це пояснюється виразністю патофізіологічних процесів, що виникають в травмованому організмі. При проведенні аналізу причин смерті у постраждалих літнього віку, була застосована методика аналізу Wilcoxonі, яка визначає провідний та елімінує інші, менш впливові фактори.

Отримані дані свідчать про наступне (рис.1): в шоківий період (1-2 доба) гине 51,85% постраждалих групи померлих, з них 85,71% - від некомпенсованого шоку і 14,29% - від геморагічного шоку; в період нестійкої адаптації (2-5 доба) гине 25,93% постраждалих, з них від геморагічного шоку – 66,67% та 33,33% від жирової емболії; в період стійкої адаптації (з 6 доби) гине 22,22% постраждалих. Всі летальні випадки в цей період обумовлені проявами поліорганної недостатності. Так, від легеневої недостатності померло 83,33% постраждалих, а від церебральної недостатності - 16,67%.

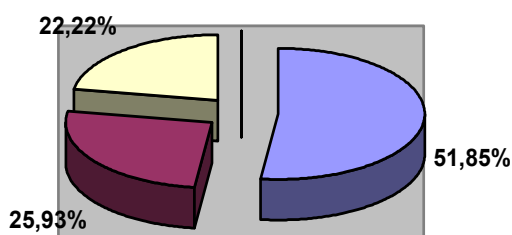


Рис. 1. Аналіз летальності у постраждалих літнього віку за періодами травматичної хвороби:

- 1 - 51,85% - шоківий період ТХ;
- 2 - 25,93% - період нестійкої адаптації;
- 3 - 22,22% - період стійкої адаптації.

Взагалі, від некомпенсованого шоку загинуло 44,44% постраждалих, від наслідків геморагічного шоку – 11,11%, від жирової емболії – 7,41% постраждалих, від легеневої недостатності – 25,93% та від церебральної недостатності – 11,11% постраждалих.

Враховуючи те, що ризик виникнення смерті в період нестійкої та стійкої адаптації майже рівнозначний (25,93% та 22,22%), пропонуємо продовжувати проведення інтенсивної протишокової терапії майже до 72– 96 год. (за умов компенсації шоку).

ВИСНОВКИ

1. Клініко-нозологічна структура політравми у постраждалих літнього віку має певні особливості, що визначається наступним: значне превалювання політравми з наявністю краніо-торакального компоненту травми (69,34%) та краніо-торако-абдоміно-скелетної травми (13,14% від загальної кількості травм).
2. Механізм отримання пошкодження літніми постраждалими має специфіку, що обумовлено особливістю життєдіяльності постраждалих даного контингенту, а саме майже рівного значення падіння (45,26%) та прямого удару (42,34%), а також значного обсягу не визначеного механізму травмування (12,40%). При тому, найбільш частіше смерть постраждалого виникає в наслідок дорожньо-транспортного (44,45%) та побутового механізму травмування (25,93%).
3. Перебіг травматичної хвороби у осіб літнього віку має певні особливості (висока тяжкість шоку, який спостерігається в 1,5 рази частіше за більш молодшими постраждалими, нетипова клініка черепно-мозкової травми, пошкодження реберного каркасу з наявністю внутрішньоплевральних ускладнень, пошкодження живота, що супроводжуються пошкодженням паренхіматозних органів, множинні пошкодження скелету), які необхідно враховувати на всіх етапах лікування.
4. Проведення лікувально-діагностичних заходів у постраждалих літнього віку є недостатнім як за рівнем, так і за обсягом надання медичної допомоги, в першу чергу, внаслідок діагностичних помилок на догоспітальному та ранньому госпітальному етапі лікування із-за недостатнього врахування особливостей клінічного перебігу травматичної хвороби у постраждалих цих вікових груп.
5. Для підвищення ефективності лікувально-діагностичних заходів у постраждалих літнього віку, необхідно проводити більш ретельний та ширший за обсягом комплекс діагностичних досліджень. В зв'язку з особливостями клінічних проявів пошкоджень, у даній категорії постраждалих потребує підвищеного використання діагностичних втручань. На всіх етапах надання медичної допомоги, доцільним є використання стандартизованих оціночних шкал (TS, PTS) тяжкості травми та прогнозу перебігу травматичної хвороби.
6. Летальність у осіб літнього віку з політравмою складає 19,71%, що в 2,7 рази перевищує таку в молодших вікових групах і обумовлена: в ранньому періоді травматичної хвороби – шоком (51,85%), в періоді нестійкої адаптації – шоком та жировою емболією (25,93%), в періоді стійкої адаптації – поліорганною недостатністю (22,22%).

7. Розроблений і впроваджений комплекс лікувально-діагностичних заходів враховує особливості травмогенезу, клініко-нозологічної структури та перебігу травматичної хвороби у постраждалих літнього віку та дозволяє знизити летальність на 16,56%.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Гурьев С.О., Барамия Н.М., Новиков Ф.М., Вендолин Ю.В., Кузьмин В.Ю., Кукуруз Я.С., Сацик С.П., Голак А.Р. Скелетная травма, как компонент полисистемных повреждений (структурно-нозологический аспект) // Зб. наук. праць співробітників КМАПО ім. П.Л.Шупика. – К., 2000. – Вип. 9, кн. 2. – С. 25-30.
Дисертант брав участь у підборі матеріалу, аналізі та проведенні розрахунків.
2. Гур'єв С.О., Гергая Т.В., Жученко П.І., Заруцький Я.Л., Кузьмін В.Ю., Сацик С.П. Полісистемні та поліорганні пошкодження у віковому аспекті // Зб. наук. праць співробітників КМАПО ім. П.Л.Шупика. – К., 2000. – Вип. 9, кн. 2. – С. 30-33.
Дисертант брав участь у зборі фактичного матеріалу, написанні розділів, щодо результатів даного дослідження та формулюванні основних положень.
3. Гур'єв С.О., Заруцький Я.Л., Знахарчук В.М., Кузьмін В.Ю., Марциняк С.М., Роцин Г.Г., Сацик С.П. Остеопороз, як компонент поліорганної недостатності в постраждалих з полісистемними та поліорганними пошкодженнями // Проблеми остеології. – 2000. – Том 3, № 4. – С. 29-31.
Дисертантом проведено збір даних та їх аналіз, щодо постраждалих літнього віку із поєднаною скелетною травмою та формулювання основних положень, щодо осіб літнього віку.
4. Гур'єв С.О., Гайдаєв Ю.А., Кузьмін В.Ю., Гергая Т.В., Моцюк С. В., Трутяк І.Р. Особливості організації лікувально-діагностичного процесу у осіб старших вікових груп, які отримали полісистемні та поліорганні пошкодження // Зб. наук. праць Української військово-медичної академії. –К., 2001. – Вип. 8, – С. 153-157.
Дисертантом розроблено та сформульовано основні принципи реалізації діагностичного процесу у постраждалих літнього віку, які отримали поєднану травму.
5. Жученко П.І., Кузьмін В.Ю. Вибір строків оперативного лікування

переломів стегнової кістки у постраждалих з поєднаною травмою // Українській журнал екстремальної медицини ім. Г.О. Можаяєва. – 2001. – Том 2, №3. – С. 34-40.

Дисертант брав участь у зборі матеріалу, статистичній обробці та аналізу отриманих результатів, щодо скелетного компоненту поєднаної травми серед осіб літнього віку.

6. Гур'єв С.Е., Гергая Т.В., Кузьмін В.Ю., Кукуруз Я.С., Марциняк С.М., Сацик С.П. Аналіз потреби в оперативних втручаннях у постраждалих з політравмою // Зб. наук. праць XIII з'їзду ортопедів-травматологів України. – Донецьк, 2001. – С. 52-54.

Дисертант провів збір матеріалу та провів аналізі отриманих результатів, щодо скелетного компоненту поєднаної травми у постраждалих літнього віку.

7. Мазуренко О.В., Роцин Г.Г., Барамія Н.М., Новіков Ф.М., Кузьмін В.Ю. Використання шкал для оцінки ступеню тяжкості постраждалих з травмою // Зб. наук. праць Української військово-медичної академії. – К., 2002. – Вип. 11, – С. 64-73.

Дисертант брав участь у підборі матеріалу, його аналізі та проведенні статистичних розрахунків у частині, що стосується осіб літнього віку.

8. Гур'єв С.О., Гергая Т.В., Кузьмін В.Ю., Новіков Ф.М. Травматична хвороба в осіб старших вікових груп. Проблеми клініки та діагностики // Тези доповідей III національного конгресу геронтологів і геріатрів України. – К., 2000. – С. 115.

Дисертантом проведено збір матеріалу, аналіз наукових джерел інформації, щодо проблеми травматизму серед осіб літнього віку та у формулюванні основних положень.

9. Гур'єв С.О., Кузьмін В.Ю. Проблеми визначення лікувальної тактики щодо корекції пошкоджень опорно-рухового апарату як компоненту полісистемної травми у постраждалих старших вікових груп // Зб. тез I Всеукраїнської наук.-практ. конф. з міжнародною участю “Політравма – сучасна концепція надання медичної допомоги.” – К., 2002. – С. 124.

Дисертант приймав участь у зборі матеріалу, аналізі отриманих результатів, щодо скелетного компоненту поєднаної травми серед осіб літнього віку та визначенні основних завдань діагностично-лікувальної тактики.

10. Гур'єв С.О., Кузьмін В.Ю. Переломи кісток у осіб літнього віку, які отримали полісистемні пошкодження // Проблеми остеології. – 2002. – Том 5, № 2-3. – С. 42-44.

Дисертантом проведено збір даних, аналіз отриманих даних, щодо постраждалих літнього віку із поєднаною скелетною травмою, обґрунтовано висновки.

АНОТАЦІЯ

Кузьмін В.Ю. “Політравма у літніх людей (клініко-епідеміологічна характеристика, особливості діагностики та лікування)”. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.21- травматологія та ортопедія. – Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова МОЗ України, Вінниця, 2003.

Дисертацію присвячено вирішенню питань, які містять дані про структуру політравми, особливості діагностики та лікування постраждалих літнього віку і пов’язана з покращенням діагностично-лікувального процесу у постраждалих даної вікової категорії. Клінічний матеріал ґрунтується на вивченні діагностики, лікування та спостереження постраждалих літнього віку з політравмою у достатньому та необхідному обсязі.

Розроблено та впроваджено схеми прийняття клініко-організаційних рішень при наданні медичної допомоги постраждалим літнього віку на догоспітальному та госпітальному етапах лікування. Використання даної схеми у центрі політравми Українського НПЦ ЕМД та МК дозволило знизити летальність в цій групі з 24,58% до 20,51%.

Ключові слова: політравма, травматична хвороба, діагностика, лікування, постраждали літнього віку.

АННОТАЦИЯ

Кузьмин В.Ю. «Политравма у пожилых людей (клинико-эпидемиологическая характеристика, особенности диагностики и лечения)». – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.21 – ортопедия и травматология. – Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова МЗ Украины, Винница, 2003.

Диссертация посвящена решению вопросов, которые связаны с улучшением лечебно-диагностического процесса у пострадавших пожилых людей с политравмой.

С целью изучения вероятности влияния различных факторов на возникновение и последующее течение травматической болезни у пострадавших пожилого возраста, а также для установления взаимодействия тех или иных факторов, был проведен корреляционный анализ методом

определения полихорического показателя связи C , показателя взаимной сопряженности φ^2 и критерия вероятности Пирсона χ^2 .

Всего было подвергнуто анализу 1176 пострадавших, которые находились на стационарном лечении в центре политравмы Украинского НПЦ ЭМП и МК с 1.01.2000 г. по 31.06.2000 г.. Клинический материал основан на изучении диагностики, лечения и наблюдения 137 пострадавших пожилого возраста с политравмой, которые составили общий массив исследования (110 выздоровевших и 27 умерших) и 1039 пострадавших младших возрастных групп, которые составили контрольную группу (964 выздоровевших и 75 умерших).

В диссертационной работе проведен анализ распределения массива изучения по половым признакам, механизму получения травмы, видам травматизма, срокам и видам госпитализации в стационар, клинико-нозологическим группам. Определено влияние алкогольного опьянения, шока, наличие возрастной сопутствующей патологии, а так же оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе на качество диагностики и результаты лечения пострадавших.

Установлено, что распределение массива по возрастным и половым признакам носит неравномерный характер, а получение и характер травмы имеет достоверную связь с полом и возрастом пострадавших. Также установлено, что есть достоверная связь характера и объема полученных повреждений от механизма травмирования, а также вида травматизма.

В диссертационной работе на большом клиническом материале изучена клинико-эпидемиологическая и клинико-нозологическая структура повреждений, которые возникают у лиц пожилого возраста при получении ими сочетанной травмы, а также характер связанных с этим осложнений.

В работе описаны особенности течения травматической болезни у пострадавших старших возрастных групп, научно обосновано влияние возраста на течение травматического процесса и возникновение летального исхода.

Проведен научный анализ эффективности известных методов диагностики закрытых повреждений органов и систем организма у пострадавших с политравмой, на основе которых разработаны схемы принятия клинико-организационных решений при оказании медицинской помощи пострадавшим пожилого возраста на догоспитальном и госпитальном этапах лечения. Использование данной схемы в центре политравмы Украинского НПЦ ЭМП и МК позволила снизить показатели летальности в этой группе с 24,58% до 20,51%.

Ключевые слова: политравма, травматическая болезнь, диагностика, лечение, пострадавшие пожилого возраста.

SUMMARY

Kuzmin V.Y. “Polytrauma in elderly patients (clinical and epidemiologic characteristic, peculiarities diagnosis and treatment).” – Manuscript.

Ph.D. thesis for specialty 14.01.21 – traumatology and orthopedics. - Vinnitsa National Pirogov Memorial Medical University of Ministry of Health of Ukraine, Vinnitsa, 2003.

The thesis deals with the structure of polytrauma, diagnosis and treatment of elderly patients with polytrauma and improved diagnosis and treatment of the condition in the above patient group. Clinical data are based on the observations, diagnosis and treatment of 137 elderly patients with polytrauma.

An approach has been developed and implemented for diagnosis and treatment of elderly patients with polytrauma which allowed to reduce mortality in the above group of patients from 24,58% to 20,51% in the Polytrauma Center of the Ukrainian SPC EMC and MC.

Key words: polytrauma, traumatic disease, diagnosis, treatment, elderly patients with combined trauma.