

ХАРАКТЕРИСТИКА БЫТОВОГО ТРАВМАТИЗМА С ШОКОГЕННЫМИ ТРАВМАМИ У ЖИТЕЛЕЙ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

С.А. Гудков¹, В.А. Кислов^{1,2}

¹ФГБУЗ «Северный медицинский клинический центр им. Н. А. Семашко» ФМБА России, г.

Архангельск, Россия

²ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России, г.

Архангельск, Россия

Резюме. Представлен анализ тяжелых шокогенных травм, полученных жителями Архангельской области в результате бытового травматизма. Установлено, что этот вид травматизма занимает третье ранговое место. Проанализированы обстоятельства и сезонность получения шокогенных травм, возраст пострадавших и алкогольная составляющая.

Ключевые слова: бытовой травматизм, шокогенная травма, Архангельская область.

CHARACTERISTICS OF HOUSEHOLD INJURIES WITH SHOCK-GENE INJURIES IN RESIDENTS OF THE ARKHANGELSK REGION

S.A. Gudkov¹, V.A. Kislov^{1,2}

¹N.A. Semashko Northern Medical Clinical Center of the FMBA of Russia Arkhangelsk, Russia

²Northern State Medical University of the Ministry of Health of Russia, Arkhangelsk, Russia

Abstract. The article presents an analysis of severe shock-producing injuries received by residents of the Arkhangelsk region as a result of domestic traumatism. It has been established that this type of traumatism ranks third. The circumstances and seasonality of receiving shock-producing injuries, the age of the victims and the alcohol component are analyzed.

Key words: domestic traumatism, shock-producing injury, Arkhangelsk region.

Введение. Бытовые травмы включают несчастные случаи, возникшие вне связи с производственной деятельностью пострадавшего (в доме, квартире, гараже, на даче, приусадебном участке). В рамках проблем экстренной медицины и медицины катастроф особое место занимают тяжелые механические повреждения с медицинскими последствиями, сопровождающиеся шоком (шокогенные травмы) [3].

Травматический шок проявляется различными жизнеугрожающими состояниями у пострадавших: массивной кровопотерей (явной и скрытой), острым расстройством газообмена,

нарушением специфической функции поврежденных органов (сердца, печени, мозга головного и спинного), жировой эмболией, эндотоксикозом [4].

В основе патогенеза шоковых реакций лежит абсолютная и относительная гиповолемия. Абсолютная гиповолемия является результатом выхода крови за пределы сосудистого русла в виде кровотечений или интерстициальных отеков, а относительная возникает вследствие депонирования крови в периферических сосудах из-за блокады микроциркуляторного русла продуктами распада тканей, бактериями, а также вазодилатации [1]. Гиповолемия приводит к появлению синдрома малого выброса, что вызывает развитие сердечно-сосудистой недостаточности, ишемию миокарда с возможной остановкой сердечной деятельности [4].

Для конкретизации организационных и лечебно-тактических вопросов на этапах лечения шокогенных травм, необходимо учитывать эпидемиологические особенности различных видов травматизма в конкретном регионе России [2].

Цель исследования. Установить особенности бытового травматизма, вызвавшего появление шокогенных травм у пострадавших, жителей Архангельской области.

Материалы и методы. По критериям описания серии случаев проведен анализ медицинских документов у 140 пострадавших с травматическим шоком, поступивших на лечение в многопрофильную лечебную медицинскую организацию (ЛМО) III уровня-Архангельскую областную больницу (АОКБ), выполняющую функцию травмоцентра I уровня. На основании выкопировки сведений из сопроводительного талона станции скорой медицинской помощи (ф. № 114/у) и медицинской карты стационарного больного (ф. № 003/у) получены некоторые эпидемиологические данные о пострадавших в результате бытового травматизма.

Настоящая работа выполнена в рамках региональной научно-технической программы «Здоровье населения Арктической зоны Российской Федерации», одобрена локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России (протокол № 02/4-15 от 08.04.2015 г.) и проведена с соблюдением этических норм, которые изложены в Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации и директивах Европейского сообщества (8/906 ЕС).

При статистическом анализе полученных результатов использованы количественные переменные, которые представлены в виде медианы (Md), первого (Q_1) и третьего (Q_3) квартилей, а также категориальные – в виде процентных долей. Обработка статистических данных произведена с помощью программы WinPepi для расчета границ 95% доверительного интервала (95% ДИ) и пакета прикладных программ STATA ver. 12.

Результаты. При анализе видов травматизма, вызвавшего травмы, сопровождающиеся шоком, у жителей АО, установлено, что бытовой травматизм занимает III ранговое место (14,3% [95% ДИ 10,2-21,7]), после дорожно-транспортного и уличного.

Средний возраст пострадавших в результате шокогенных травм бытового характера составил 42,9 (32,9-54,9) года. Среди травмированных - мужчин 75% (95% ДИ 67,3-81,4), женщин - 25% (95% ДИ 18,6- 2,7).

Среди обстоятельств получения тяжелых шокогенных травм, бытового происхождения ведущее место занимают падения с высоты-55% (95% ДИ 46,8-62,9), затем следуют падения предметов – 15% (95% ДИ 10,2-21,7) и ожоги пламенем – 10% (95% ДИ 6,1-16,1).

Анализ сезонности получения бытовых шокогенных травм показал, что 45% (95% ДИ 37,1-53,3) таких повреждений получены летом, 30% весной (95% ДИ 23,0-38,0), а 25% осенью (95% ДИ 18,6-32,7).

Привлекает внимание тот факт, что половина пострадавших с шокогенными травмами бытового характера находились в состоянии алкогольного опьянения, при этом среднее содержание алкоголя в крови составило 1,83 (1,21-2,25) ‰, что соответствует опьянению средней степени.

Обсуждение. В рамках выполненного исследования показано, что шокогенный бытовой травматизм, занимая третье ранговое место среди всех видов травматизма, является не только медицинской проблемой, но и имеет острую социальную значимость, поскольку влияет на состояние трудового потенциала области. При этом следует подчеркнуть, что средний возраст травмированных относится к трудоспособному.

Установлено, что среди пострадавших в 3 раза больше мужчин, чем женщин ($p < 0,001$). Можно предположить, что такое преобладание мужчин связано не только с особенностями мужского характера, но и с влиянием алкогольного фактора. Так, среди травмированных, находящихся в состоянии алкогольного опьянения, мужчин было в 9 раз больше, чем женщин. Известно, что у человека в состоянии алкогольного опьянения нарушается координация движений, появляется необоснованная самоуверенность, притупляется чувство опасности, что оказывает отрицательное влияние на самосохранительное поведение. Для профилактики таких травм необходима широкая антиалкогольная пропаганда для населения.

Среди причин возникновения шокогенных травм при бытовом травматизме ведущее место занимают падения пострадавших с высоты и падения предметов на травмированных, а также ожоги пламенем. Такие обстоятельства получения травм связаны с конструктивными дефектами жилища, недостаточным благоустройством квартир, с несоблюдением правил обращения с бытовой техникой, а также с психологическим состоянием травмированных (спешка, невнимательность, психическое возбуждение).

Заключение.

На территории АО в структуре всех видов травматизма, сопровождающегося возникновением тяжелых шокогенных травм у пострадавших, доля бытового составляет 14 %, что соответствует третьему ранговому месту после дорожно-транспортного и уличного травматизма. Среди

обстоятельств получения травм ведущее место принадлежит падениям пострадавших с высоты, далее следуют падения предметов и ожоги пламенем. Чаще всего тяжелые травмы бытового характера, сопровождающиеся шоком, пострадавшие получили летом, в подавляющем большинстве мужчины трудоспособного возраста. Половина пострадавших в момент получения таких травм находились в состоянии алкогольного опьянения средней степени.

Основная нагрузка по профилактике тяжелых шокогенных травм, полученных в быту, находится не в медицинской, а в социально-экономической сфере. У населения необходимо формировать самосохранительное поведение и проводить широкую антиалкогольную пропаганду.

Особенности реагирования системы здравоохранения на тяжелые бытовые травмы касаются в основном догоспитального этапа.

Таким образом, в результате проведенного исследования выявлены некоторые особенности бытового травматизма, вызвавшего появление шокогенных травм у пострадавших, жителей Архангельской области.

Список литературы

1. Валиев Э.Ю., Каримов Б.Р., Убайдуллаев Б.С., Мирджалилов Ф.Х. Травматический шок: этиология, патогенез, клиника, диагностика // Вестник экстремальной медицины. 2015. № 3. С. 52-57.
2. Гудков С.А., Барачевский Ю.Е., Брагина С.В. Обоснование рекомендаций по совершенствованию медицинской помощи пострадавшим с травматическим шоком на догоспитальном этапе в Арктической зоне // Морская медицина. 2024. Т. 10, №1. С. 119-122. DOI: 10.22328/2413-5747-2024-10-1-119-122.
3. Матвеев Р.П., Гудков С.А., Брагина С.В. Мониторинг региональных детерминантных медико-социальных признаков у пострадавших с шокогенной травмой // Экология человека. 2016. №1. С. 3-8.
4. Тулупов А.Н., Мануковский В.А., Арискина О.Б. Политравма. Руководство для врачей. - М., 2022. 960 с.