

Факторлар	Летальдылық, n (%)	p-value
Жол-көлік апаты	46 (69.7)	<.0001*
Тұрмыстық	10 (15.15)	
Өндірістік	4 (6.06)	
Суицид	1 (1.52)	
Қылмыстық	3 (4.5)	
Себебі белгісіз	2 (3.03)	

Қайтыс болған науқастар стационарда болған күніне қарай 3 топқа бөлінді, бұл жарақаттық аурудың кезеңдеріне сәйкес келеді: жедел (1-3 тәулік), ерте (4-10 тәулік) және кеш (>10 тәулік). Алғашқы 3 тәулікте 39 науқас қайтыс болды, бұл жалпы полижарақаттан қайтыс болғандардың 59,1% құрады, соның ішінде 1 тәулікке дейінгі летальдылық 45,5% (30 науқас) болды. 4-10 тәулік аралығында 12 науқас қайтыс болды (18,2%). Ал жарақаттық аурудың кеш сатысында (>10 тәулік) 15 науқас қайтыс болды, бұл жалпы полижарақаттан қайтыс болғандардың 22,7% құрады.

Қайтыс болған науқастардың 41 (62.12%) қабылдау бөліміне өте ауыр жағдайда жеткізілді, ал 22 (33.3%) науқастың жалпы жағдайы ауыр болды, тек 3 (4.55%) жағдайда науқастардың жалпы жағдайы орташа ауырлықта болды. Жарақат алғаннан бастап ауруханаға жеткізілу уақыты орташа есеппен 50 (39; 60) минутты құрады. Халықаралық жарақаттың ауырлығын бағалау шкалалары бойынша: ISS(Injury Severity Score) -50 (38; 75); RTS (Revised Trauma Score) - 5.44 (3.77; 6.9); TRISS (Trauma and Injury Severity Score) -72.95 (37.2; 92.4) құрады. Қайтыс болған науқастардың күндік койкасы орташа есеппен 1 (0.12; 8.72) тәулік болды.

Кесте 4

Факторлар	Летальдылық, n (%)
ISS	50 (38; 75)
RTS	5.44 (3.77; 6.9)
TRISS	72.95 (37.2; 92.4)
Күндік койка	1 (0.12; 8.72)
Жарақат алғаннан бастап қабылдау бөліміне жеткізілгенге дейінгі уақыт	50 (39; 60)
ЖМЖ бригадасының жарақат алған науқасқа жету уақыты, мин	10 (6; 14)
Систоликалық АҚҚ	80 (60; 100)
Диастоликалық АҚҚ	50 (30; 61.5)
Пульс, соғуы/мин	101 (90; 120)
Сатурация, %O ₂	89 (68; 97)

Полижарақатпен ауруханаға түсіп қайтыс болған 66 науқастың ішінде 23 (34,84%) науқаста өлім себебі ауыр бас-ми жарақаты (ашық және жабық), 5 (7,57%) науқаста жұлынның жарақаты, 20 (30,3%) науқаста полиағзалық қызметінің жеткіліксіздігі, 12 (18,18%) науқас кеуде, іш қуысы паренхиматозды ағзаларының және магистральды қан тамырларының зақымдалуының салдарынан геморрагиялық шоктан қайтыс болды, ал 5 (7,57%) жағдайдың себебі сепсис болса, 1 (1,51%) жағдай жедел бүйрек қызметінің жеткіліксіздігінен болды.

Қорытынды. Транспорттың, өндірістің, биік құрылыстардың қарқын алуына байланысты полижарақаттың жиілігі мен ауырлығы артты, жарақаттар арасындағы үлесі өсті 8-12%. Сондықтан қазіргі таңда полижарақат алған науқастарға медициналық көмек көрсету медицинаның ең маңызды мәселелерінің бірі болып отыр. Осы мәселенің оқшауланған жарақатқа қарағандағы маңыздылығы полижарақат санының жыл санап өсуінде ғана емес, сондай-ақ ерекше диагностикалық және емдеу тактикасын қажет ететін процестің ағымында. Сондықтан бұл тек қана денсаулық сақтау саласының ғана емес, сондай-ақ жалпы мемлекет, қоғамның алдында тұрған күрделі мәселелердің бірі екендігі белгілі. Жоғарыдағы талдаулар бойынша ЖМЖА мен №4ҚКА-ға полижарақатпен түскен науқастардың жалпы жағдайларының ауыр болғандығын біздің қолданған халықаралық жарақаттың ауырлығын бағалау шкалалары нәтижелерінен көруге болады. 1974 жылы Becker және оның әріптестері ұсынған ISS (Injury Severity Score) халықаралық ауырлықты бағалау шкаласы бойынша -50 (38; 75) балл болды, бұл дегеніміз O.B. Bologunduro және оның әріптестерінің жіктеуі бойынша науқастар өте ауыр қалде ауруханаға түскен және ISS≥49 балл полижарақатпен түскен науқастарда летальдылық 75% және одан жоғары болады деген сөз. Арнайы әдебиеттердегі мәліметтер бойынша полижарақат алған зардап шегушілердің 60-70% емдеу мекемесіне травмалық және геморрагиялық шок жағдайында түседі, осыған байланысты түскендердің 1/3 бөлігі емдеудің 1-ші тәулігінде қайтыс болады. Біздің зерттеуімізде бірінші тәулікке дейінгі летальдылық 45,5% (n=30) құрады. Полижарақат жұмысқа қабілетті жастағылардың ішінде өлім себебі ретінде – бірінші орында тұрғаны белгілі. Біздің зерттеуімізде жұмысқа қабілетті жастағылардың летальдылық деңгейі 84.85% құрады (15-59 жас арасы).

Тұжырым.

1. Полижарақат этиологиясында жол-көлік оқиғасы бірінші орында тұрғаны мәлім (69.7%). Сондықтан мемлекет тарапынан жол жүру ережесін бұзатындарға заңды күшейтуді қажет етеді; Ал жүргізушілер арасында көлікті жүргізу мәдениетін арттыруымыз керек;
2. Инновациялық диагностикалық-емдеу тәсілдеріне, этаптық принципке және әр этапта көрсетілетін медициналық көмектің айқын көлемі белгіленген регламентке негізделген арнайы медициналық көмектің моделін жасау;
3. Госпитальды этапқа дейінгі кезеңде полижарақат алған науқастарға алғашқы медициналық көмек арнайы жедел жәрдем бригадаларымен (БИТ, реанимациялық) көрсетілуі тиіс;
4. Полижарақатпен стационарға түскен науқастардың жалпы жағдайын объективті түрде ғылыми дәлелденген шкалалармен бағалау керек;