

час як серед чоловіків — 60,9 %, що на 11,85 % більше в абсолютному значенні інтенсивного показника. Водночас питома вага осіб похилого віку в загальному масиві дорівнює 28,30 % серед жінок та 11,82 % серед чоловіків, що в абсолютному значенні інтенсивного показника на 16,48 % менше.

Питома вага осіб працездатного віку серед чоловіків, які одужали, становить 66,67 %, із них 42,86 % — особи віком 20–29 років. Водночас питома вага померлих чоловіків у даній віковій групі також є найбільшою — 30,88 %, а загалом питома вага померлих чоловіків працездатного віку становить 57,35 %.

Найбільшу питому вагу серед осіб жіночої статі, які одужали, становлять жінки у вікових групах 20–29 та 60 років і більше (27,27 %), ці ж вікові групи становлять і найбільшу питому вагу серед померлих — 30 %.

Показники ризику виникнення летального результату у статеві-вікових групах у чоловіків та жінок наведені в табл. 3.

Таким чином, існують певні статеві-вікові групи ризику виникнення летального результату у постраждалих із абдомінальною травмою внаслідок ДТП.

Як свідчать дані, наведені в табл. 3, показники ризику серед осіб чоловічої статі значно перевищують такі серед жінок, зокрема, незважаючи на більшу питому вагу жінок похилого віку в загальному масиві, показник летальності серед чоловіків даної вікової групи майже в 5 разів вищий.

Серед осіб чоловічої статі найбільший показник ризику виникнення летального результату у вікових групах 60 років і більше (3,33 — катастрофічний ризик), 40–49 років (2,4 — катастрофічний ризик) та 30–39 років (1,8 — катастрофічний ризик).

Серед жінок найвищий ризик становить вікова група 40–49 років (1,0 — катастрофічний ризик), а також групи 50–59 років (0,75 — критичний ризик), 60 років і більше, 20–29 років (0,67 — критичний ризик).

Порівняльний аналіз масиву вивчення щодо участі постраждалих з абдомінальною травмою внаслідок ДТП у дорожньому русі наведений у табл. 4.

Найбільшу питому вагу як у результативних групах, так і в загальному масиві має травма при ДТП у пішоходів (51,53 % у загальному масиві), але серед тих, хто одужав, вона становить 41,33 %, серед померлих — 60,23 %, що на 18,9 % більше в абсолютному значенні інтенсивного показника.

На другому ранговому місці в загальному масиві (19,02 %) стоїть травма серед пасажирів, але питома вага тих, хто одужав, перевищує на 19,1 % абсолютне значення інтенсивного показника, з показником співвідношення 2,87.

Питома вага травми у водіїв 4-колісних транспортних засобів становить 17,8 %, а водіїв 2-колісних — 12,27 % загального масиву постраждалих.

Аналіз ризиків за ознакою участі в русі наведений у табл. 5.

Отже, найвищий показник ризику виникнення летального результату — у пішоходів (1,71 — катастрофічний ризик), найменший — у пасажирів (0,4 — суттєвий ризик).

**Таблиця 5. Показники ризику виникнення летального результату за ознакою участі в русі**

Участь у русі	Показник ризику	Ri
Водій 4-колісного транспорту	1,14	3
Пасажир	0,4	4
Пішохід	1,71	1
Водій 2-колісного транспорту	1,22	2

## Висновки

1. Абдомінальна травма у постраждалих є суттєвою складовою багатокомпонентної полісистемної травми внаслідок ДТП та частіше зустрічається в осіб працездатного віку.

2. Існують ознаки статі та віку, що вірогідно впливають на перебіг травматичного процесу у постраждалих, які формують в інтегральному аспекті певні групи ризику виникнення летального результату, зокрема вік 60 років і більше у чоловіків (3,33 — катастрофічний ризик) та 40–49 років у жінок (1,0 — катастрофічний ризик).

3. Найчастіше пошкодження органів черевної порожнини при ДТП виникає серед пішоходів (51,53 %), у цієї ж категорії постраждалих спостерігається найвищий показник ризику виникнення летального результату — 1,71 (катастрофічний ризик).

4. Результати даного дослідження доцільно застосовувати для формування сучасної протокольної схеми надання медичної допомоги.

## Список літератури

1. Гиришин С.Г. Клинические лекции по неотложной травматологии. — М., 2004.
2. Скелетная травма как компонент полисистемных повреждений (структурно-нозологический аспект): Збірник наукових праць / Гурьев С.О., Барамия Н.Н., Новиков Ф.Н. и др.; Київська мед. акад. післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика. — К., 2000. — Вып. 9, кн. 2. — С. 25-30.
3. Петри А., Сэбин К. Наглядная статистика в медицине: Пер. с англ. В.П. Леонова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2003. — 144 с.
4. Абакумов М.М., Лебедев Н.В., Малярчук В.И. Повреждения живота при сочетанной травме. — М.: Медицина, 2005. — 176 с.
5. Сучасні підходи до лікування політравми на догоспітальному етапі / І.З. Яковцов, С.В. Ринденко, Б.С. Федак, О.Е. Феськов, В.Г. Полторацький, Є.П. Яковцов // Медицина неотложных состояний. — 2009. — № 2(21).
6. Анализ травматических повреждений при тяжелом ДТП / Вил. Доков, И. Стоянов, В. Доков. — Болгария, 2008. — С. 4-6.
7. Кравченко О.І., Петров С.Р. Політравма мирного часу: характер, тактичні і діагностичні помилки при наданні допомоги потерпілим // Одеський медичний журнал. — 2004. — № 4(84). — С. 42-43.