



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **105417** (13) **U**  
(51) МПК (2016.01)  
**A61B 5/00**  
**A61B 5/0205** (2006.01)

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

## (12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: <b>u 2015 05622</b>	(72) Винахідник(и): <b>Шкатула Юрій Васильович (UA), Бадіон Юрій Олександрович (UA)</b>
(22) Дата подання заявки: <b>08.06.2015</b>	(73) Власник(и): <b>СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ, вул. Римського-Корсакова, 2, м. Суми, 40007 (UA)</b>
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: <b>25.03.2016</b>	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: <b>25.03.2016, Бюл.№ 6</b>	

## (54) СПОСІБ ОЦІНКИ ТЯЖКОСТІ СТАНУ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО З ТРАВМАТИЧНИМИ ПОШКОДЖЕННЯМИ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ

### (57) Реферат:

Спосіб оцінки тяжкості стану постраждалого з травматичними пошкодженнями на догоспітальному етапі включає проведення, при обстеженні постраждалого, відповідного комплексу клініко-діагностичних досліджень, спрямованих на визначення тяжкості функціональних розладів: серцево-судинної системи на підставі вимірювання систолічного артеріального тиску; системи дихання - за частотою дихальних рухів; параметрів функціонування центральної нервової системи на підставі моторної та мовної реакції і визначення самого характеру пошкодження, реєстрацію цих показників у шкалі оцінки тяжкості стану постраждалого з присвоєнням кожному показникові балів із наступним їх підсумовуванням та діагностуванням ступеня тяжкості стану постраждалого. При проведенні комплексу клініко-діагностичних досліджень, спрямованих на визначення характеру пошкодження у постраждалого, як характер пошкодження визначають вид травми, а саме травма ізольована, множинна чи асоційована із наступною реєстрацією цього параметра у шкалі оцінки тяжкості стану постраждалого. Бальну оцінку кожному із параметрів проводять шляхом порівняння кожного параметра із нормальним їх значенням та пропорційно ступеню їх відхилення. Присвоюють кожному з параметрів певну кількість балів від 0 до 2, а саме: якщо значення систолічного артеріального тиску більше 100 мм рт. ст. присвоюють 2 бали, знаходиться в інтервалі 100-85 мм рт. ст. - 1 бал, менше 85 мм рт. ст. - 0 балів; якщо частота дихальних рухів не порушена і знаходиться в інтервалі більше 8 хв. або менше 40 хв. присвоюють 2 бали, в інтервалі більше 40 хв. або менше 8 хв. - 1 бал, при відсутності дихання - 0 балів. Якщо параметри функціонування центральної нервової система, де присутня моторна реакція у вигляді довільних, цілеспрямованих рухів кінцівок присвоюють 2 бали, рухи тільки у відповідь на біль - 1 бал, при їх відсутності - 0 балів, при правильній мовній реакції присвоюють 2 бали, при окремих нерозбірливих словах - 1 бал, при відсутності мови - 0 балів. Якщо вид травматичного пошкодження - травма ізольована, присвоюють 2 бали, при множинній травмі - 1 бал, при асоційованій травмі - 0 балів. Після визначення загальної сумарної кількості балів аналізують їх із використанням технічних засобів та діагностують ступінь тяжкості стану постраждалого. При загальній кількості балів 10 оцінюють стан постраждалого як стабільний, якщо загальна кількість балів складає від 9 до 7 стан постраждалого оцінюють як проміжний, від 6 до 4 балів - оцінюють стан постраждалого як нестабільний, від 3 балів та менше - оцінюють стан постраждалого як критичний.

UA 105417 U



Корисна модель належить до галузі медицини, зокрема травматології, інтенсивної терапії, а також до технології надання невідкладної медичної допомоги, і може бути використана для діагностування оцінки стану тяжкості постраждалого з травматичними пошкодженнями з подальшим визначенням об'єму невідкладних заходів на догоспітальному етапі.

5 Об'єктивізація стану постраждалих з травматичними пошкодженнями є важливим завданням сучасної травматології. У світовій практиці охорони здоров'я на етапах лікування постраждалих з травматичними пошкодженнями широко застосовуються різноманітні способи інтегральної оцінки тяжкості стану хворих, наприклад, індекси (шкали) TS (Trauma Score) - шкала оцінки тяжкості травми, RTS (Revised Trauma Score) - переглянута шкала оцінки тяжкості травми, CRAMS (Circulation, Respiration, Abdomen, Motor, Speech) - шкала, що оцінює тяжкість стану постраждалого з врахуванням характеру пошкоджень грудної клітини та черевної порожнини, ISS (Injury Severity Scale) - методика розрахунку тяжкості пошкоджень, AIS (Abbreviated Injury Scale) - скорочена методика розрахунку тяжкості пошкоджень, TISS (Trauma Injury Severity Score) - індекс оцінки пошкодження при травмах, APACHE I-III (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation) - система динамічної оцінки тяжкості стану постраждалих, MPM (Mortality Prediction Model) - спосіб оцінки летального результату (1-8). Проте незважаючи на значну кількість систем оцінки тяжкості стану постраждалого, вони мають певні недоліки: прогностично достовірні та деталізовані шкали (AIS, ISS, APACHE I-III) не можуть застосовуватися на догоспільному етапі лікування через потребу в спеціалізованих методах дослідження на тривалий час, необхідний для оцінки, а пристосовані для швидкої об'єктивізації стану постраждалого шкали (TS, Revised Trauma Score, CRAMS) не враховують вплив множинних та асоційованих пошкоджень на тяжкість стану постраждалого.

Найближчим аналогом до корисної моделі є спосіб оцінки тяжкості стану постраждалого шляхом проведення у нього клініко-діагностичних досліджень із використанням бальної оцінки за шкалою CRAMS (Circulation, Respiration, Abdomen, Motor, Speech) для кожного параметра функціонування у постраждалого систем кровообігу, на підставі вимірювання систолічного артеріального тиску, зовнішнього дихання - за частотою дихальних рухів та центральної нервової системи із визначенням моторної та мовної реакцій постраждалого, а також характеру самого пошкодження, наприклад грудної клітини та черевної порожнини, підсумовуванням загальної сумарної кількості балів та діагностуванням на цій підставі ступеня тяжкості стану (9).

Недоліком найближчого аналога є те, що при обстеженні стану постраждалого не визначається наявність множинних та асоційованих пошкоджень, що вкрай важливо, тому що асоційована травма значно погіршує стан постраждалого, обтяжує перебіг травматичної хвороби та підвищує вірогідність розвитку ускладнень, що знижує якість лікування в подальшому. Враховуючи вищезазначене, можна зробити висновок, що існує нагальна потреба у розробці стандартизованих систем оцінки тяжкості стану постраждалого на догоспітальному етапі. Це повинні бути прості, швидкі для обрахунку, інформативно значимі та достовірні показники з максимальною прогностичною можливістю.

В основу корисної моделі поставлена задача створити спосіб оцінки тяжкості стану постраждалого з травматичними пошкодженнями на догоспітальному етапі з визначенням, при обстеженні постраждалого, характеру пошкоджень, а саме його тяжкості - травма ізольована, множинна чи асоційована, використовуючи швидкі для обрахунку, інформативно значимі та достовірні показники з максимальною прогностичною можливістю, черговістю, послідовністю та об'ємом невідкладних заходів, що дозволить підвищити точність оцінки тяжкості стану постраждалого, зменшуючи при цьому вірогідність розвитку важких ускладнень травматичної хвороби та сприятиме поліпшенню якості лікування і підвищенню виживаності постраждалих з тяжкою травмою на догоспітальному етапі.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі оцінки тяжкості стану постраждалого з травматичними пошкодженнями на догоспітальному етапі, включає проведення, при обстеженні постраждалого, відповідного комплексу клініко-діагностичних досліджень, спрямованих на визначення тяжкості функціональних розладів: серцево-судинної системи на підставі вимірювання систолічного артеріального тиску; системи дихання - за частотою дихальних рухів; параметрів функціонування центральної нервової системи на підставі моторної та мовної реакцій і визначення самого характеру пошкодження, реєстрацію цих показників у шкалі оцінки тяжкості стану постраждалого з присвоєнням кожному показнику балів із наступним їх підсумовуванням та діагностуванням ступеня тяжкості стану постраждалого, згідно з корисною моделлю, при проведенні комплексу клініко-діагностичних досліджень, спрямованих на визначення характеру пошкодження у постраждалого, як характер пошкоджень визначають вид травми постраждалого, а саме травма ізольована, множинна чи асоційована із наступною реєстрацією цього параметра у шкалі оцінки тяжкості стану постраждалого, при цьому бально

оцінку кожному із параметрів проводять шляхом порівняння кожного параметра із нормальним їх значенням та пропорційно ступеня їх відхилення, присвоюють кожному з параметрів певну кількість балів від 0 до 2, а саме: якщо значення систолічного артеріального тиску більше 100 мм рт. ст. присвоюють 2 бали, знаходиться в інтервалі 100-85 мм рт. ст. - 1 бал, менше 85 мм рт. ст. - 0 балів; якщо частота дихальних рухів не порушена і знаходиться в інтервалі більше 8 хв. або менше 40 хв. присвоюють 2 бали, в інтервалі більше 40 хв. або менше 8 хв. - 1 бал, при відсутності дихання - 0 балів; якщо параметри функціонування центральної нервової система, де присутня моторна реакція у вигляді довільних, цілеспрямованих рухів кінцівок присвоюють 2 бали, рухи тільки у відповідь на біль - 1 бал, при їх відсутності - 0 балів, при правильній мовній реакції присвоюють 2 бали, при окремих нерозбірливих словах - 1 бал, при відсутності мови - 0 балів; якщо вид травматичного пошкодження - травма ізольована присвоюють 2 бали, при множинній травмі - 1 бал, при асоційованій травмі - 0 балів, після визначення загальної сумарної кількості балів, аналізують їх із використанням технічних засобів та діагностують ступінь тяжкості стану постраждалого, так при загальній кількості балів 10 оцінюють стан постраждалого як стабільний, якщо загальна кількість балів складає від 9 до 7 стан постраждалого оцінюють як проміжний, від 6 до 4 балів - оцінюють стан постраждалого як нестабільний, від 3 балів та менше - оцінюють стан постраждалого як критичний.

Використання корисної моделі, дозволяє підвищити точність оцінки тяжкості стану постраждалого, що попереджує ускладнення травматичної хвороби та зменшує ризик виникнення летального результату за рахунок проведення за новим технологічним принципом комплексу клініко-діагностичних досліджень, стандартизуючи клінічні ознаки пошкодження за єдиним критерієм відповідності нормальним значенням, отримуючи таким чином уніфікований результат як підставу для формування процесу надання лікувально-діагностичної допомоги. Все це в цілому сприяє підвищенню якості лікування.

Корисну модель виконують наступним чином.

При обстеженні постраждалого проводять відповідний комплекс клініко-діагностичних досліджень на визначення тяжкості функціональних розладів. Для чого вимірюють рівень систолічного артеріального тиску для визначення функціонального розладу серцево-судинної системи, вимірюють частоту дихальних рухів для визначення функціонального розладу системи дихання, визначають моторну та мовну реакції постраждалого для визначення функціональних розладів центральної нервової системи, визначають характер травматичного пошкодження, а саме його вид - ізольована, множинна чи асоційована травма. Реєструють ці показники у шкалі оцінки тяжкості стану постраждалого і присвоюють кожному з них бальну оцінку від 0 до 2 шляхом порівняння кожного отриманого параметру у постраждалого із нормальним його значенням для людини та пропорційно ступеня його відхилення, (таблиця 1).

Таблиця 1

Показник	Нормальне значення показника	Клінічна оцінка	Бали
Систолічний артеріальний тиск	Від 100 до 130 мм рт.ст.	Більше 100 мм рт. ст.	2
		100-85 мм рт. ст.	1
		Менше 85 мм рт. ст.	0
Дихання	Частота дихальних рухів більше 8/хв. або менше 40/хв.	Не порушене	2
		Дихальна недостатність(більше 40 або менше 8/хв...)	1
		Відсутнє	0
Моторна реакція	Довільні, цілеспрямовані рухи кінцівок, правильне виконання точних рухів	Довільні рухи	2
		Рухи у відповідь на біль	1
		Відсутні	0
Мовна реакція	Розбірлива, зв'язна мова, правильні відповіді на запитання	Правильна	2
		Окремі нерозбірливі слова	1
		Мова відсутня	0
Характер пошкоджень		Ізольована травма	2
		Множинна травма	1
		Асоційована травма	0

Підраховують кількість балів і визначають загальну сумарну кількість балів, аналізують їх із використанням технічних засобів та комп'ютерної програми для пристроїв з операційною системою Android і діагностують ступінь тяжкості стану постраждалого згідно з бальною

шкалою, від стабільного (10 балів) до критичного (3-0 балів). Так, якщо загальна кількість балів складає 10 балів оцінюють стан постраждалого як стабільний, якщо загальна кількість балів складає від 9 до 7 стан постраждалого оцінюють як проміжний, від 6 до 4 балів - оцінюють стан постраждалого як нестабільний, від 3 балів та менше - оцінюють стан постраждалого як критичний. Після об'єктивізації стану постраждалого за модифікованою шкалою одночасно з транспортуванням до лікувального закладу ми пропонуємо надавати невідкладну медичну допомогу відповідно до тяжкості стану постраждалого. Об'єм заходів невідкладної медичної допомоги в залежності від тяжкості стану постраждалого наведено в таблиці 2.

Таблиця 2

Загальна сума балів	Стан постраждалого	Об'єм невідкладної медичної допомоги
10	Стабільний	<ul style="list-style-type: none"> <li>- тимчасова зупинка кровотечі;</li> <li>- знеболення ненаркотичними анальгетиками (1 мл 3 % р-ну кеторолаку, 1-2 мл декскетопрофену);</li> <li>- транспортна іммобілізація травмованого сегмента;</li> <li>- фіксація шийного відділу хребта коміром Шанці;</li> <li>- динамічний моніторинг стану під час транспортування.</li> </ul>
9-7	Проміжний	<ul style="list-style-type: none"> <li>- забезпечення прохідності дихальних шляхів;</li> <li>- тимчасова зупинка кровотечі;</li> <li>- в/м знеболення наркотичним анальгетиком (1 мл 2 % р-ну тримеперидину, 1 мл 0,005 % р-ну фентанілу, 1 мл 2 % р-ну морфіну, 1-2 мл 5 % р-ну трамадолу);</li> <li>- транспортна іммобілізація травмованих сегментів;</li> <li>- фіксація шийного відділу хребта коміром Шанца;</li> <li>- катетеризація периферичних вен;</li> <li>- в/в струминне введення 500 мл теплового фізіологічного розчину, 500 мл р-на гідроксіетилкрохмалю(волювен), 4 мл дицинону, 10 мл хлористого кальцію, 250 мг гідрокортизону;</li> <li>- фізичне зігрівання пацієнта;</li> <li>- динамічний моніторинг стану під час транспортування.</li> </ul>
6-4	Нестабільний	<ul style="list-style-type: none"> <li>- забезпечення прохідності дихальних шляхів (повітропровід, ларингеальна маска, при необхідності інтубація трахеї),</li> <li>оксигенотерапія зволуженим киснем;</li> <li>- тимчасова зупинка кровотечі;</li> <li>- в/м знеболення наркотичним анальгетиком (1 мл 2 % р-ну тримеперидину, 1 мл 0,005 % р-ну фентанілу, 1 мл 2 % р-ну морфіну, 1-2 мл 5 % р-ну трамадолу);</li> <li>- транспортна іммобілізація травмованих сегментів;</li> <li>- фіксація шийного відділу хребта коміром Шанца;</li> <li>- катетеризація 2-х периферичних вен;</li> <li>- в/в струминне введення теплового розчину гіперХАЕС 250 мл або волювен (ХАЕС-стерил, гекодез) 500 мл, 4 мл дицинону, 10 мл хлористого кальцію, 500 мг гідрокортизону;</li> <li>- фізичне зігрівання пацієнта;</li> <li>- динамічний моніторинг стану під час транспортування.</li> </ul>

10

Загальна сума балів	Стан постраждалого	Об'єм невідкладної медичної допомоги
3-0	Критичний	<ul style="list-style-type: none"> <li>- забезпечення прохідності дихальних шляхів (повітропровід, ларингеальна маска, при необхідності інтубація трахеї), оксигенотерапія зволженим киснем;</li> <li>- при відсутності ознак життя - дефібриляція 200, 200, 360 Дж, непрямий масаж серця та штучне дихання у співвідношенні 30:2, частота компресій грудної клітини - 100/хв.;</li> <li>- тимчасова зупинка кровотечі;</li> <li>- в/м знеболення наркотичним анальгетиком (1 мл 2 % р-ну тримеперидину, 1 мл 0,005 % р-ну фентанілу, 1 мл 2 % р-ну морфіну, 1-2 мл 5 % р-ну трамадолу);</li> <li>- транспортна іммобілізація пошкоджених кінцівок;</li> <li>- фіксація шийного відділу хребта коміром Шанца;</li> <li>- катетеризація 2-х периферичних вен або центральний венозний доступ;</li> <li>- в/в струминне введення теплої розчину гіперХАЕС 250 мл або волювен (ХАЕС-стерил, гекодез) 500 мл, 4 мл дицинону, 10 мл хлористого кальцію, 500 мг гідрокортизону;</li> <li>- фізичне зігрівання пацієнта;</li> <li>- динамічний моніторинг стану під час транспортування.</li> </ul>

Клінічний приклад способу.

Постраждалий К. 42 роки, водій автомобіля.

- 5 Обстеження постраждалого проводять на місці дорожньо-транспортної пригоди. У постраждалого реєструють систолічний артеріальний тиск 110/60 мм рт. ст., частоту дихальних рухів - 18/хв., моторну реакцію у вигляді активних рухів у відповідь на біль, мовну реакцію - окремі нерозбірливі слова, визначають вид травми-асоційована скелетна травма. Закритий перелом середньої третини правої стегнової кістки зі зміщенням. Відкритий перелом правого надколінка зі зміщенням. Закритий перелом нижньої третини обох кісток лівого передпліччя зі зміщенням. Закрита черепно-мозкова травма. Струс головного мозку. Забита рана спинки носа. Реєструємо ці показники у шкалі оцінки тяжкості стану постраждалого К. з присвоєнням кожному з них відповідного балу, враховуючи при цьому його відхилення від нормального значення цього показника для людини та пропорційно ступеню відхилення від нього.
- 10 Підставляємо отримані дані у відповідну шкалу оцінки тяжкості стану постраждалого К., визначаємо загальну сумарну кількість балів (див. таблицю 3).
- 15

Таблиця 3

Показник	Нормальне значення показника	Клінічна оцінка	Бали
Систолічний артеріальний тиск	Від 100 до 130 мм рт. ст.	Більше 100 мм рт. ст.	2
Дихання	Частота дихальних рухів більше 8/хв. або менше 40/хв.	Не порушене	2
Моторна реакція	Довільні, цілеспрямовані рухи кінцівок, правильне виконання точних рухів	Рухи у відповідь на біль	1
Мовна реакція	Розбірлива, зв'язана мова, правильні відповіді на запитання	Окремі нерозбірливі слова	1
Характер пошкоджень		Асоційована травма	0
Загальна кількість балів			6

- 20 Загальна сумарна кількість балів, використовуючи корисну модель, складає 6 балів. Аналізуємо цю загальну кількість балів, використовуючи технічні засоби і комп'ютерну програму для пристроїв з операційною системою Android, інтерпретуємо стан постраждалого, як

нестабільний, коли необхідне проведення інтенсивної терапії на догоспітальному етапі та під час транспортування (див. таблицю 2). Якщо ж для оцінки стану постраждалого К. застосовувати найближчий аналог, то з сумарною оцінкою в 8 балів загальний стан постраждалого К. - середньої тяжкості з ймовірною летальністю 0,5 %. Згідно з корисною моделлю, можливо більш точно визначити тяжкість стану постраждалого К. із застосуванням заходів невідкладної медичної допомоги.

Таким чином, корисна модель, значно підвищує точність оцінки тяжкості стану постраждалого, сприяє поліпшенню результатів лікування, зменшенню виникнення ризику летального результату, покращенню якості життя постраждалої людини.

Джерело інформації:

1. Абакумов М.М., Лебедев Н.В., Мальярчук В.И. Объективная оценка тяжести травмы у пострадавших с сочетанными повреждениями // Вестник хирургии им. Грекова. - 2001. - Т. 160, 6. - С. 42-46.

2. Анкин Н.Л., Поляченко Ю.В., Анкин Л.Н., Король С.О., Бурлака В.Б. Объективная оценка тяжести травмы в лечении переломов бедра у пострадавших с сочетанной травмой // Проблемы військової охорони здоров'я: Збірник наукових праць УВМА. - Київ, 2000. – Випуск 7. - С. 118-125.

3. Ерохин И.А. Тяжелая сочетанная травма как форма экстремального состояния организма человека / И.А.Ерохин // Актуальные проблемы множественных сочетанных травм. - СПб., 2007. - С. 8-10.

4. Мещеряков Г.Н. Системы оценки тяжести - компонент методологии лечебной работы (обзор литературы) / Г.Н. Мещеряков, С.М. Радаев, И.О. Закс, Т.В. Лобус, В.В. Мороз, О.А. Арапова // Реаниматология и интенсивная терапия. - 2009. - № 1. - С. 19-28.

5. Роцін Г.Г., Крилюк В.О., Близнюк М.Д. Оцінка тяжкості та принципи сортування постраждалих при тяжкій поєднаній травмі // Збірник наукових праць ХУ з'їзду ортопедів-травматологів України. - Дніпропетровськ, 2010. - С. 320.

6. Соколов В.А. Множественные и сочетанные травмы / В.А. Соколов -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 512 с.

7. Baker S.P., O'Neill B., Haddon V. et al. The Injury Severity Score: A method for describing patient with multiple injuries and evaluating emergency care // J.Trauma. - 2003. - 35. - 497.

8. Goel A., Kumar S., Bagga M.K. Epidemiological and Trauma Injury and Severity Score(TRISS) analysis of trauma patients at a tertiary care centre in India // Natl. Med. J.India. - 2004 Jul-Aug. - 17(4). - 186-9.

9. Gorminican SP. CRAMS Scale:Field triage of trauma victims. Ann. Emerg. Med. - 1982. - 11. – 132-135.

#### ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб оцінки тяжкості стану постраждалого з травматичними пошкодженнями на догоспітальному етапі, що включає проведення, при обстеженні постраждалого, відповідного комплексу клініко-діагностичних досліджень, спрямованих на визначення тяжкості функціональних розладів: серцево-судинної системи на підставі вимірювання систолічного артеріального тиску; системи дихання - за частотою дихальних рухів; параметрів функціонування центральної нервової системи на підставі моторної та мовної реакцій і визначення самого характеру пошкодження, реєстрацію цих показників у шкалі оцінки тяжкості стану постраждалого з присвоєнням кожному показникові балів із наступним їх підсумовуванням та діагностуванням ступеня тяжкості стану постраждалого, який **відрізняється** тим, що при проведенні комплексу клініко-діагностичних досліджень, спрямованих на визначення характеру пошкодження у постраждалого, як характер пошкодження визначають вид травми, а саме травма ізольована, множинна чи асоційована із наступною реєстрацією цього параметра у шкалі оцінки тяжкості стану постраждалого, при цьому бальну оцінку кожному із параметрів проводять шляхом порівняння кожного параметра із нормальним їх значенням та пропорційно ступеню їх відхилення, присвоюють кожному з параметрів певну кількість балів від 0 до 2, а саме: якщо значення систолічного артеріального тиску більше 100 мм рт. ст. присвоюють 2 бали, знаходиться в інтервалі 100-85 мм рт. ст. - 1 бал, менше 85 мм рт. ст. - 0 балів; якщо частота дихальних рухів не порушена і знаходиться в інтервалі більше 8 хв. або менше 40 хв. присвоюють 2 бали, в інтервалі більше 40 хв. або менше 8 хв. - 1 бал, при відсутності дихання - 0 балів; якщо параметри функціонування центральної нервової системи, де присутня моторна реакція у вигляді довільних, цілеспрямованих рухів кінцівок присвоюють 2 бали, рухи тільки у відповідь на біль - 1 бал, при їх відсутності - 0 балів, при правильній мовній реакції присвоюють

- 2 бали, при окремих нерозбірливих словах - 1 бал, при відсутності мови - 0 балів; якщо вид травматичного пошкодження - травма ізольована, присвоюють 2 бали, при множинній травмі - 1 бал, при асоційованій травмі - 0 балів, після визначення загальної сумарної кількості балів аналізують їх із використанням технічних засобів та діагностують ступінь тяжкості стану постраждалого, так при загальній кількості балів 10 оцінюють стан постраждалого як стабільний, якщо загальна кількість балів складає від 9 до 7 стан постраждалого оцінюють як проміжний, від 6 до 4 балів - оцінюють стан постраждалого як нестабільний, від 3 балів та менше - оцінюють стан постраждалого як критичний.

---

Комп'ютерна верстка Л. Ціхановська

---

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Василя Липківського, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

---

ДП "Український інститут інтелектуальної власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601