

УДК 616-001.6

УНІФІКОВАНА СИСТЕМА НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ДОРОЖНЬО-ТРАНСПОРТНІЙ ПОЛІТРАВМІ В УМОВАХ СІЛЬСЬКОЇ МІСЦЕВОСТІ

Д-р мед. наук В. Д. Шищук

Сумський державний університет, медичний інститут

Розроблено уніфіковану систему надання невідкладної медичної допомоги постраждалим унаслідок дорожньо-транспортної пригоди з дорожньо-транспортною політравмою, яка включає принципи надання медичної допомоги на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах.

УНИФИЦИРОВАННАЯ СИСТЕМА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОЙ ПОЛИТРАВМЕ В УСЛОВИЯХ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Д-р мед. наук В. Д. Шищук

Разработана унифицированная система оказания неотложной медицинской помощи пострадавшим вследствие дорожно-транспортного происшествия с дорожно-транспортной политравмой, которая включает принципы оказания медицинской помощи на догоспитальном и раннем госпитальном этапах.

A UNIFIED SYSTEM OF CARE FOR THE ROAD TRANSPORT OF POLYTRAUMA IN A RURAL AREA

V. D. Shischuk

The paper developed a unified system of medical care for emergency victims with polytrauma road transport, which includes the principles of medical care in the prehospital and early hospital stages.

Зростання кількості дорожньо-транспортних пригод (ДТП) у сільській місцевості з ушкодженнями опорно-рухової системи (ОРС), для яких характерне збільшення постраждалих із політравмою, є актуальною проблемою сучасної травматології. Збільшення чисельності постраждалих (до 25 % від загальної кількості травмованих у ДТП, висока летальність та інвалідність — 52 % і більше) надає політравмі забарвлення соціального явища і викликає інтерес хірургів.

Незважаючи на те, що в Україні наявне зниження аварійності, проте ДТП характеризуються більш тяжкими ушкодженнями, які часто супроводжуються політравмою ОРС. За даними статистики на місці ДТП гине 16–24 % постраждалих, під час транспортування до медичних закладів — 9–12 %, смертність від політравми на госпітальному етапі становить 70 % і більше. Кількість загиблих на 100 ДТП за останнє десятиріччя збільшилася в середньому з 14,2 до 16,5, а у Вінницькій, Кіровоградській, Херсонській, Тернопільській,

Черкаській, Полтавській, Київській, Волинській, Житомирській областях становить навіть 18,2–26,3. Цей показник майже не змінюється протягом багатьох років і залишається стабільно високим.

За даними ООН, щороку дорожньо-транспортні пригоди забирають 1 млн 200 тис. життів, а ще від 20 до 50 млн осіб отримують різні травми. За кількістю жертв унаслідок ДТП Україна посідає п'яте місце в Європі після Росії, Італії, Франції та Німеччини [2]. Кожні 16 хв в Україні відбувається ДТП, а кожні дві години гине людина. У середньому протягом доби в ДТП гине 14 і отримує травми різного ступеня тяжкості понад 100 осіб. В Україні відносна кількість загиблих у ДТП в 4–10 разів більша ніж у країнах Євросоюзу, США [8].

Смертність від ДТП прямо залежить від часу надання медичної допомоги постраждалим. За умов покращення системи надання екстреної медичної допомоги, а саме її вчасності, в Україні щороку є можливість урятувати близько 30–50 тис. осіб.

В Україні також існує серйозна проблема надання допомоги при дорожньо-транспортних травмах у сільській місцевості. Так, майже 80 % постраждалих у ДТП, серед них із політравмою, перша лікарська допомога надавалась на рівні центральних районних лікарень, яким на сьогодні бракує необхідного медичного обладнання та лікарських засобів, а також у багатьох випадках — висококваліфікованих хірургів, анестезіологів, травматологів, нейрохірургів та ін. Усе це призводить до значних діагностичних і лікувальних помилок, що складають від 20 до 40 %. Також це зумовлює високу смертність, якої можна було б уникнути.

Аналіз наукової літератури останнього десятиліття показав значне зростання інтересу лікарів різних спеціальностей до проблеми «політравми» у всіх її аспектах [4, 5, 6]. З науковою тематикою цього дослідження пов'язана ціла низка наукових публікацій [1, 3, 7, 9]. У зарубіжній науковій літературі питанням політравми та принципам лікування множинних та сполучних ушкоджень також приділяється пильна увага [11, 12]. Однак, незважаючи на певні напрацювання в цій галузі, існує низка проблем у наданні медичної допомоги постраждалим із політравмами ОРС у ДТП, що сталися в умовах сільської місцевості. Тому, на сьогодні актуальними є питання вдосконалення уніфікованої системи надання невідкладної медичної допомоги постраждалим із політравмою ОРС, що була отримана внаслідок ДТП в умовах сільської місцевості, у зв'язку з дефіцитом надання медичної допомоги як на місці пригоди, так і на етапах госпіталізації.

Мета роботи — розробити та проаналізувати уніфіковану систему надання невідкладної медичної допомоги постраждалим із політравмою ОРС, що була отримана внаслідок ДТП в умовах сільської місцевості.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Як свідчить практика, успішне лікування постраждалих із політравмою ОРС, що була отримана внаслідок ДТП в умовах сільської місцевості, залежить, перш за все, від якості надання екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі. Від рівня підготовки лікарів швидкої (екстреної) медичної допомоги щодо надання допомоги при важких політравмах ОРС, від організації анестезіолого-реанімаційної допомоги при цих ушкодженнях на місці ДТП, від якості

та своєчасності її надання залежить загальний рівень летальності. Аналіз летальності постраждалих із політравмою ОРС показує, що найбільший відсоток їх гине саме на догоспітальному етапі через низьку екстрену медичну допомогу. Зазвичай медична допомога на автошляхах у сільській місцевості надається не повною мірою, адже лікар бригади швидкої медичної допомоги, зокрема спеціалізованої, опиняється в ситуації браку часу, неможливості проконсультуватися з фахівцями, провести лабораторну експрес-діагностику тощо. Відстеження випадків недоліків та результатів опитування лікарів і співробітників бригад швидкої медичної допомоги свідчить про те, що причиною цього є недостатні знання медичних працівників критеріїв та методології надання медичної допомоги постраждалим із поєднаною травмою, неповне забезпечення, а також недосконалість заходів транспортування в сільській місцевості. Як зазначає наукова література, 80 % постраждалих із травматичними ушкодженнями помирають у перші шість годин, головним чином від гострої, масивної крововтрати й пов'язаних із нею патологічних реакцій і внаслідок черепно-мозкових травм.

У зв'язку з цим, нами раніше була розроблена принципова схема уніфікованої системи надання медичної допомоги постраждалим унаслідок ДТП в умовах сільської місцевості [10].

Основним принципом надання медичної допомоги постраждалим із дорожньо-транспортною політравмою на місці пригоди має бути принцип надання медичної допомоги у повному обсязі, що забезпечує збереження життя пацієнта. На цій підставі вживають лише заходи, без яких життя постраждалого залишається під загрозою. Бригади швидкої допомоги не повинні порушувати послідовність лікування і підмінювати собою госпітальний етап. Постраждалі з дорожньо-транспортною політравмою в сільській місцевості мають більш високу тяжкість ушкоджень, що викликано великою питомою вагою ушкоджень черепа та їх сполученням зі скелетною травмою, а також більш несприятливим прогнозом перебігу травматичного процесу, специфікою інфраструктури охорони здоров'я населення сільської місцевості. Цей принцип зумовлений недостатнім розвитком системи швидкої медичної допомоги у сільській місцевості, значним віддаленням лікарень від місця пригоди, що не дозволяє забезпечити прибуття бригади ШМД за 30–40 хв.



Рис. Принципова схема уніфікованої системи надання медичної допомоги постраждалим із дорожньо-транспортною політравмою

Первинним центром надання медичної допомоги постраждалим із дорожньо-транспортною політравмою ОРС мають бути ФАП та притрасові районні лікарні. Після огляду повинна бути зупинена зовнішня кровотеча, проведена іммобілізація ушкоджених сегментів, розпочата боротьба з шоком, визначена тяжкість ушкодження за допомогою ССО PTS-Nanover, потрібно виявити домінуюче ушкодження. Важливою умовою для забезпечення необхідної медичної допомоги постраждалим із дорожньо-транспортною політравмою є проведення медичного сортування постраждалих зі застосуванням ССО, клініко-нозологічної форми ушкодження, прогнозу травматичного процесу. Залежно від домінуючого ушкодження, шокowego стану та ступеня тяжкості ушкодження постраждалі мають

транспортуватися до центру травми реанімобілем, який повинен бути оснащений обладнанням для проведення інтенсивної терапії постраждалих. У випадку нескладних ушкоджень потерпілого транспортують у притрасову лікарню або ЦРЛ для надання невідкладної медичної допомоги.

Надання медичної допомоги на ранньому госпітальному етапі в умовах центру травми, у якому проводиться сортування постраждалих із дорожньо-транспортною політравмою, відбувається за домінуючим чинником. Для ранньої та достовірної діагностики ушкоджень травмованих пацієнтів на тлі інтенсивної противошкотової терапії після стабілізації стану пацієнта проводяться життєзабезпечуючі маніпуляції, подовження інтенсивної терапії, СКТ, МРТ, УЗД, функціональні дослідження (рис.).

Подальше надання медичної допомоги постраждалим із дорожньо-транспортною політравмою проводиться у відділеннях інтенсивної терапії, де відбувається активна підготовка пацієнтів до стабілізації стану та показань оперативних втручань. Після проведених маніпуляцій постраждалі повинні знаходитися під наглядом кваліфікованого медперсоналу відділення політравми.

ВИСНОВКИ

Серед основних принципів надання медичної допомоги постраждалим із дорожньо-транспортними політравмами, що були отримані

в умовах сільської місцевості, на догоспітальному етапі є максимальна реалізація можливостей первинної медичної допомоги, забезпечення повноцінного надання медичної допомоги під час транспортування, зменшення етапності лікування та транспортування постраждалих у найближчі лікувально-профілактичні заклади.

На наш погляд, виконуючи перелічені вимоги до надання медичної допомоги постраждалим із тяжкими автодорожніми травмами на догоспітальному етапі, можна досягти в *перспективі* задовільних результатів у госпітальному лікуванні зі зменшенням ускладнень та інвалідностей постраждалих працездатного віку.

ЛІТЕРАТУРА

1. Анкин Л. Н. Применение минимально инвазивного остеосинтеза при лечении диафизарного перелома бедренной кости / Л. Н. Анкин, Ю. В. Поляченко, Н. Л. Анкин, С. А. Король // Клінічна хірургія. — 2000. — № 6. — С. 40–43.
2. Анкин Л. Н. Политравма (организационные, тактические и методологические проблемы) / Л. Н. Анкин. — К.: МЕДпресс-информ, 2004. — 176 с.
3. Гур'єв С. О. Лікування постраждалих з полісистемними та поліорганными пошкодженнями в сільській місцевості / С. О. Гур'єв, П. В. Танасієнко, М. М. Хіміч, В. Д. Шишук. — Житомир: СПД Медведєва, 2008. — 112 с.
4. Истомин Г. П. Особенности политравм, полученных при различных видах дорожно-транспортных происшествий / Г. П. Истомин // Политравма: тез. докл. обл. науч.-практ. конф. — Х., 1986. — С. 24–26.
5. Климовицкий В. Г. Пути повышения эффективности лечения больных с тяжелой механической травмой / В. Г. Климовицкий, О. Г. Калинин, Е. И. Гридасова [и др.] // Збірник наукових праць XIII з'їзду ортопедів-травматологів України, 12–14 вересня 2001 р., Київ-Донецьк: ТОВ «Лебідь». — С. 15–18.
6. Корж М. О. Вибір способу остеосинтезу при переломах кісток / М. О. Корж, Л. Д. Горідова // Дванадцятий з'їзд травматологів-ортопедів України: матеріали з'їзду, 18–20 вересня 1996 р., Київ. — К.: Б. В., 1996. — С. 45–46.
7. Пастернак В. Н. Дифференцированная хирургическая тактика острого периода травмы у пострадавших с сочетанными повреждениями / В. Н. Пастернак, Ю. В. Поляченко, В. Г. Климовицкий // Архив клинической и экспериментальной медицины. Прил. — 1999. — Т. 8, № 2. — С. 231–236.
8. Рошін Г. Г. Тяжка поєднана травма (принципи організаційної та лікувальної тактики надання уніфікованої невідкладної медичної допомоги постраждалим в ранньому періоді травматичної хвороби): автореф. дис. ... д-р мед. наук: 14.01.03 / Георгій Георгійович Рошін; АМН України; Інститут хірургії та трансплантології. — Київ, 2006. — 31 с.
9. Рынденко В. Г. Некоторые аспекты оказания помощи пострадавшим с множественными и сочетанными повреждениями / В. Г. Рынденко, В. В. Бойко, А. Е. Зайцев // Проблеми військової охорони здоров'я: зб. наук. праць УВМА. — Київ, 2002. — Вип. 2. — С. 99.
10. Шишук В. Д. Принципи надання медичної допомоги постраждалим у дорожньо-транспортних пригодах в умовах сільської місцевості на догоспітальному етапі / В. Д. Шишук // Проблеми безперервної медичної освіти та науки. — 2011. — № 2. — С. 16–21.
11. Gaiko G. V. Treatment of fractures in victims of complex injuries with ITO multi-functional external frames (MEF-ITO) / G. V. Gaiko, A. V. Kostiuk // The 13th SICOT Trainee's Meeting. Abstracts. St. Petersburg, Russia: Morsar AV, 2002. — P. 206–207.
12. Cramp I. M. Analysis of multiple organ system failure in trauma and nontrauma patient / I. M. Cramp, D. A. Duncan, R. Wears // Amer. Surg. — 2000. — №12. — P. 72–78.