

Гур'єв С.О., Яровий Д.М., Кушнір В.А.

ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України», м. Київ, Україна

Структура інвалідності серед постраждалих унаслідок дорожньо-транспортних пригод в Україні

Резюме. Статтю присвячено проблемі інвалідизації постраждалих внаслідок дорожньо-транспортних пригод (ДТП), проаналізована структура інвалідності в аспекті клініко-епідеміологічних характеристик та за ознакою участі в дорожньому русі. Проаналізовано 140 випадків первинної інвалідності, яку постраждалі отримали внаслідок дорожньо-транспортних пригод.

Ключові слова: інвалідність; клініко-нозологічні характеристики; полісистемні пошкодження; ДТП

Вступ

За даними Глобальної доповіді про стан безпеки дорожнього руху у світі 2015 р., щорічно у світі внаслідок дорожньо-транспортних пригод (ДТП) гине 1,25 млн осіб (більше 3000 осіб за добу). Серед них в Європейському регіоні — 92,5 тис., в Україні — 4,85 тис. осіб. За останні 5 років (2011–2015) в Україні зареєстровано 860 тис. ДТП, в яких загинуло 24,2 тис. і травмовано понад 208,7 тис. осіб. Щорічно в Україні внаслідок ДТП гине 4,85 тис. і отримують травми різного ступеня тяжкості 41,8 тис. осіб. Питома вага смертності та інвалідності внаслідок травмувань становить 7,6 % у розвинених країнах та 10,7 % — у країнах, що розвиваються. Експерти Всесвітньої організації охорони здоров'я прогнозують збільшення до 2020 року питомої ваги смертності та інвалідності в результаті травм різного генезу (ДТП, катастрофи, війни та ін.) до 13 %. Постійно зростає інвалідизація внаслідок ДТП, причинними факторами чого є неадекватна та неефективна медична допомога за рівнем, якістю та часом надання. Підвищення поліваріабельності травми внаслідок ДТП викликає виникнення нових теоретичних і практичних питань щодо характеристики дорожньо-транспортної травми та результатів надання екстреної медичної допомоги постраждалим. Протягом останніх років було проведено чимало наукових досліджень щодо виникнення та характеристики дорожньо-транспортної травми [1–4]. Досить ретельно вивчено питання технології

надання медичної допомоги [3, 5, 7], певною мірою організації такої допомоги [5, 6]. Водночас стандартизація медико-технологічних і клініко-організаційних аспектів лікування постраждалих внаслідок ДТП залишається практично нереалізованою, насамперед це обумовлено відсутністю даних щодо клініко-епідеміологічних і клініко-нозологічних характеристик травми та її віддалених наслідків, що, у свою чергу, не дозволяє визначити клінічні ризики [6, 7].

У зв'язку з цим вивчення інвалідизації внаслідок дорожньо-транспортних пригод у великому промисловому місті на прикладі міста Києва з вивченням та оцінкою обліку наданої медичної допомоги та визначенням вікового й статевого складу інвалідизованих учасників ДТП, а також оцінка динаміки травматизму при ДТП є актуальним, що дозволяє сформулювати обґрунтований підхід в організації та наданні медичної допомоги при ДТП.

Мета дослідження: визначити клініко-епідеміологічну та клініко-анатомічну структуру інвалідизації постраждалих внаслідок дорожньо-транспортних пригод як основу подальшого вивчення процесу.

Матеріали та методи

Нами на базі Київської міської спеціалізованої травматологічної медико-соціальної експертної комісії було проаналізовано 140 випадків інвалідності, що настала у результаті дорожньо-транспортних пригод,

з оцінкою наступних показників: статевий склад постраждалих, розподіл постраждалих за ознакою участі у русі, залежно від локалізації ушкоджень, встановленої групи інвалідності, тривалості інвалідизації, оцінена адекватність наданої медичної допомоги на госпітальному та догоспітальному етапах.

Результати та обговорення

На базі Київської міської спеціалізованої травматологічної медико-соціальної експертної комісії нами було проаналізовано 140 випадків інвалідності внаслідок ДТП. Усі дані було оброблено за допомогою комп'ютерних технологій відповідно до критеріїв і вимог доказової медицини.

Проведено аналіз масиву дослідження з розподілом за деякими клініко-епідеміологічними характеристиками, зокрема визначено розподіл постраждалих у групах інвалідності за статевою ознакою, дані наведені в табл. 1.

Як впливає з аналізу даних табл. 1, існує певна різниця між розподілом за статевою ознакою в групах інвалідності. При цьому спостерігається зниження питомої ваги постраждалих жіночої статі та, відповідно, підвищення питомої ваги чоловіків зі зростанням тяжкості інвалідності. Так, у масиві третьої групи інвалідності жінки становлять 33 %, чоловіки — 67 %. Тобто співвідношення чоловіків та жінок — 2,03. У другій групі інвалідності жінки становлять 72 %, чоловіки — 28 %, тобто співвідношення осіб чоловічої та жіночої статі — 2,57. У першій групі інвалідності жінки становлять 84 %, чоловіки — 16 %, тобто співвідношення чоловіків та жінок — 5,25. З іншого боку, існує певна різниця між розподілом у статевих групах за ознакою інвалідності. Так, хоча і спостерігається превалювання постраждалих із третьою групою інвалідності більш

ніж в половині масиву обох груп, однак перша група інвалідності зустрічається у 7,1 % випадків, що в 2,2 раза більше показника питомої ваги серед жінок (3,1 %). Інвалідів другої групи — 40 %, що на 12 % більше показника серед жінок. Водночас серед жінок третя група інвалідності зустрічається у 60 % випадків, що на 7,1 % більше базового рівня серед чоловіків. Таким чином, встановлено, що найбільш тяжкі групи інвалідності притаманні насамперед особам чоловічої статі.

Дуже важливим є визначення причин інвалідності у постраждалих внаслідок ДТП залежно від ознаки участі у русі, дані наведено в табл. 2.

Як впливає з даних табл. 2, настання та ступінь інвалідності суттєво залежать від ознаки участі у русі. Так, першу групу інвалідності отримали виключно пішоходи (100 %). У другій групі інвалідності на першому ранговому місці водії (46 %), на другому — пішоходи (45 %), на третьому — пасажирів (9 %). При тому в загальному масиві інвалідизованих на першому місці пішоходи (42 %), на другому — водії (41 %), на третьому — пасажирів (17 %). З іншого боку, серед водіїв найбільш часто зустрічається третя група інвалідності (66,2 %), друга група інвалідності — у 43,8 % випадків. Серед пасажирів третя група інвалідності зустрічається у 75 % випадків, друга група — у 25 % випадків. Фактично друга група зустрічається у більш ніж 40 % пішоходів, але у 13 % пішоходів — перша група. Таким чином, розподіл груп за ознакою інвалідності вказує на те, що у водіїв виникають пошкодження, що призводять до другої та третьої групи інвалідності, при різниці між другою та третьою групою інвалідності 12,4 %. З іншого боку, друга група переважає над третьою у пішоходів на 10,5 % базового рівня. Тобто можна стверджувати, що найбільш тяжкі пошкодження виникають у пішоходів і водіїв.

Таблиця 1. Розподіл масиву постраждалих за ознакою статі у результативних групах

Група інвалідності	Чоловіки		Жінки	
	%*	%**	%*	%**
1	84	7,1	16	3,3
2	72	40	28	36,7
3	67	52,9	33	60
Усього		100		100

Примітки: * — питома вага до масиву групи інвалідності; ** — питома вага до масиву даної статевої групи.

Таблиця 2. Розподіл масиву вивчення за ознакою участі у русі

Група інвалідності	Водій		Пасажир		Пішохід	
	%*	%**	%*	%**	%*	%**
1	—	—	—	—	100	13,5
2	46	43,8	9	25	45	40,7
3	42	56,2	23,5	75	34,5	45,8
Усього		100		100		100

Примітки: * — питома вага до масиву групи інвалідності; ** — питома вага до масиву даної групи за ознакою участі у русі.

Таблиця 3. Відсотковий розподіл постраждалих за клініко-анатомічною формою пошкодження

Група інвалідності	Хребтково-спинномозкова травма						Таз	Стегно	Гомілка	Стопа, гомілко-востопний суглоб		Верхня кінцівка				
	Шийний відділ		Грудний відділ		Попереково-крижовий відділ					%	%**	%	%**	%	%**	
	%*	%**	%*	%**	%*	%**										
1	7	50	2	43	–	–	–	–	32	13	59	15	–	–	–	–
2	1	25	3	57	24,2	56	12,8	26	10,2	26	43,6	60	5,2	18	–	–
3	5,5	25	–	–	14,5	44	25,4	74	18,2	61	12,7	25	16,4	82	7,3	100
Усього		100		100		100		100		100		100		100		100

Примітки: * — питома вага до масиву групи інвалідності; ** — питома вага до масиву даної клініко-анатомічної форми пошкодження.

Дуже цікавим з наукової та практичної точки зору виявляється залежність виникнення інвалідності від клініко-анатомічної форми пошкодження, дані наведено в табл. 3.

Як свідчать дані, наведені в табл. 3, серед першої групи інвалідності найбільшу питому вагу мають постраждалі з пошкодженнями гомілки та стегна (32 %) і лише 8 % — з пошкодженнями хребта. У другій групі інвалідності найбільшу питому вагу мають також пошкодження гомілки (43,6 %), на другому місці — пошкодження хребта в сумі (28,2 %), з них 24,2 % — пошкодження поперекового відділу хребта. Серед третьої групи інвалідності на першому місці пошкодження таза (25,4 %), наступні місця займають пошкодження стегна (18,2 %), пошкодження області надп'ятково-гомілкового суглоба (16,4 %). Це певною мірою висвітлює особливості особливості пошкоджень та результати лікування. З іншого боку, серед пошкоджень, що призвели до встановлення першої групи інвалідності, — травми шийного відділу хребта (50 %). Відповідно друга та третя група інвалідності при травмах шийного відділу хребта становлять по 25 %. При пошкодженнях грудного відділу хребта перша група інвалідності у 43 % випадків. При пошкодженнях поперекового відділу хребта перша група інвалідності не зустрічається, проте є друга (56 %) та третя (44 %) групи інвалідності. При пошкодженнях таза також не зустрічається перша група інвалідності, друга та третя група становлять 26 та 74 % відповідно. При пошкодженнях стегна перша група інвалідності у 13 % випадків, а найбільшу питому вагу має третя група інвалідності — 61 %. Серед пошкоджень гомілки також зустрічається перша група інвалідності (15 %) та друга група інвалідності (60 %). Також серед пошкоджень дистального відділу нижньої кінцівки у 82 % випадків зустрічається третя група інвалідності.

Вищевикладене свідчить про незадовільні результати надання медичної допомоги та реабілітації постраждалих у результаті дорожньо-транспортних пригод. Таким чином, дане питання потребує подальших досліджень.

Висновки

1. Показники інвалідності внаслідок ДТП є одним із критеріїв результативності медичної допомоги постраждалим на різних етапах та можуть бути об'єктивним підґрунтям для розробки науково обґрунтованих принципів, заходів і медичних технологій реабілітації, направлених на підвищення якості та доступності медичної допомоги постраждалим внаслідок ДТП на різних етапах надання медичної допомоги.

2. Інвалідизація залежить як від клініко-епідеміологічних показників серед постраждалих, так і від клініко-анатомічної форми пошкодження. Найбільш тяжкі пошкодження, що призводять до інвалідизації, виникають у чоловіків у співвідношенні чоловіків до жінок у першій та другій групах інвалідності — 2,33.

3. Встановлено залежність настання інвалідності від ознаки участі у русі. Доведено, що інвалідність виникає насамперед у пішоходів та водіїв.

4. До інвалідності найбільш часто призводять пошкодження нижньої кінцівки та хребта. Причому інвалідність першої групи виникає при пошкодженнях як хребта (50 %), так і кінцівок (15 %).

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів при підготовці даної статті.

Список літератури

1. Болотников А.И. Диагностика и хирургическая тактика при сочетанной дорожно-транспортной травме живота: Автореф. дис... канд. мед. наук. — М., 1999. — 212 с.
2. Заруцкий Я.Л., Анкин Л.Н. Некоторые нерешенные проблемы лечения пострадавших с политравмой // Проблемы військової охорони здоров'я: Зб. наук. праць Укр. військ. медичн. академії. — Вип. 17. — К., 2006. — С. 43-53.
3. 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.
4. Бойко В.В., Рынденко В.Г., Щербаков В.И., Стефан Табири. Очередность и сроки оказания помощи больным с

политравмой // Политравма. Неотложная медицинская помощь. Сборник статей ХГКБСНМП им. проф. А.И. Мещаникова. — Вып. 6. — Харьков, 2003. — 113 с.

5. Мацюк С.В. Лікування постраждалих з політравмою (стандартизація та уніфікація медичної допомоги): Автореф. дис... канд. мед. наук. — К., 2004. — С. 4-20.

6. Nast-Kold D., Aufmkolk M., Rucholtz S. et al. Multiple organ failure still a major cause of morbidity but not mortality in blunt multiple trauma // *J. Trauma*. — 2001. — № 5. — P. 835-841.

7. Newman P.G., Rozycki G.S. Diagnosis of visceral organ injury // *Acta Chir. Austriaca*. — 1999. — № 31. — P. 59-64.

Отримано 12.06.2018 ■

Гурьев С.Е., Яровой Д.М., Кушнир В.А.

ГУ «Украинский научно-практический центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф МЗ Украины», г. Киев, Украина

Структура инвалидности среди пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий в Украине

Резюме. Статья посвящена проблеме инвалидизации пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий (ДТП), проанализирована структура инвалидности в аспекте клинико-эпидемиологических характеристик и по признаку участия в дорожном движении. Проанализировано

140 случаев первичной инвалидности, которую пострадавшие получили в результате дорожно-транспортных происшествий.

Ключевые слова: инвалидность; клинико-нозологические характеристики; полисистемные повреждения; ДТП

S.O. Guriev, D.M. Yaroviy, V.A. Kushnir

State Institution "Ukrainian Scientific and Practical Center of Emergency Medical Care and Disaster Medicine of the Ministry of Health of Ukraine", Kyiv, Ukraine

The structure of disability among the victims of road accidents in Ukraine

Abstract. The article deals with the problem of disability of the victims due to car accidents, the structure of disability in the aspect of clinical and epidemiological characteristics and based on the involvement in the road traffic. The objective is to study the clinico-anatomical and clinico-epidemiological structure of disability among the victims of road accidents as the basis for further study of the process. At the premises of Kyiv City Specialized Trauma Medical and Social Expert Commission, we have carried out an analysis of 140 cases of disability resulting from road accidents, with evaluation of following indicators: the sexual composition of the victims, the distribution of patients based on the involvement in the road traffic, on the localization of injuries, disability category. In particular, the distribution of victims in disability groups by gender is provided. There is a certain difference between the distribution by gender in different disability groups. Namely, there is a decrease in the proportion of affected women and, accordingly, an increase in the proportion of men with increasing severity of disability. Thus, it is established that primarily males have the most severe forms of disability. The onset and degree of disability significantly depend on the involvement in the road traffic. The distribution of groups based on disability indicates that drivers have injuries leading to the second and third disability categories, with the difference of 12.4 % between the second and third categories. On the other hand, the

second category prevails over the third in pedestrians by 10.5 % of the basic level. That is, it can be argued that the most serious injuries occur in pedestrians and drivers. It is very interesting from a scientific and practical point of view that the occurrence of disability depends on the clinical and anatomical form of trauma. Among the first disability category, the largest specific weight belongs to the patients with shin and thigh injuries (32 %), and only 8 % have spinal injuries. In the second disability group, shin damages also have the largest specific weight (43.6 %), on the second place — spinal injuries (28.2 %), of which 24.2 % — damage to the lumbar spine. Among the third disability category, pelvic injuries are most common ones (25.4 %), followed by hip injuries (18.2 %) and damage to the talocrural region (16.4 %). It to a certain extent highlights the features of the damage and the results of treatment. One of the main conclusions of the study is that indicators of disability as a result of road accidents are one of the effectiveness criteria when providing medical care for victims at various stages and can be an objective basis for the development of scientifically based principles, measures and medical technologies for rehabilitation aimed at improving the quality and availability of medical help to the victims of accidents at various stages.

Key words: disability; clinical and nosological characteristics; polytrauma; road accident