

ПРИТРАСОВІ ЛІКАРНІ: СУЧАСНИЙ СТАН І МОЖЛИВОСТІ ОРТОПЕДО-ТРАВМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ У ДОРОЖНЬО-ТРАНСПОРТНИХ ПРИГОДАХ

Страфун С.С., Тимочук В.В., Деркач Р.В.

ДУ "Інститут травматології та ортопедії НАМН України", м. Київ

Резюме. В Україні існує розгалужена мережа автомобільних доріг державного значення загальною протяжністю близько 170 тис. км, на яких кожного року гине до 5000 осіб, а травмується понад 30000. Ключовим фактором порятунку таких хворих є швидкість та якість надання первинної медичної допомоги і час госпіталізації в ЛПЗ. Мета нашої роботи – сформулювати систему притрасових травматологічних відділень (центрів) для надання невідкладної допомоги постраждалим у ДТП зі скелетною травмою. Використані дані про стан і розгалуженість мережі центральних районних лікарень в областях України, що виконують функції притрасових, надані головними позаштатними ортопедами-травматологами обласних управлінь охорони здоров'я. Визначено критерії, за якими ЛПЗ можна відносити до притрасових, окреслені завдання при лікуванні постраждалих у ДТП зі скелетною травмою. Зроблена спроба систематизації проблем, як існують в площині надання медичної допомоги постраждалим у ДТП в областях. Запропонований шлях вирішення проблеми надання медичної допомоги постраждалим в дорожньо-транспортних пригодах полягає в створенні спеціалізованих притрасових лікарень (центрів травми 2 рівня).

Ключові слова: притрасові травматологічні відділення, скелетна травма, ортопедична травматологія.

Вступ

Дорожньо-транспортний травматизм – складна і комплексна проблема, яка займає одне з провідних місць серед найважливіших соціальних, медичних, демографічних і економічних завдань, що стоять перед державою. На жаль, в Україні щорічно реєструється близько 200 тисяч дорожньо-транспортних пригод (ДТП), в яких гине близько 5000 осіб та отримують травми понад 30 тисяч осіб (www.mvs.gov.ua). За статистикою зі 100 травмованих у результаті ДТП гине 15-17 українців, в той час як у Європі цей показник – 3-4, а в США – 2-3 особи. Слід також зазначити, що за минуле десятиліття питома вага травми скелету в постраждалих у ДТП значно збільшилася і згідно з останніми дослідженнями коливається від 45% до 65% [2, 6, 8].

Мережа автомобільних шляхів загального користування України включає 169,5 тис. км доріг, з них із твердим покриттям – 165,8 тис. км. Серед них виділяють дороги державного значення: міжнародні (позначаються літерою "М") – 4,9%, загальна протяжність – 8652,7 км; національні (позначаються літерою "Н") – 2,9%, загальна протяжність – 4830,4 км; регіональні (позначаються літерою "Р") – 5,7%, загальна протяжність – 10089,8 км. До доріг державного значення відносять також територіальні дороги (позначаються літерою "Т"). Окремо виділяють дороги місцевого значення (обласні та районні дороги).

За статистикою на міжнародних трасах при їх протяжності менше 5% гине 20% постраждалих. Найбільш аварійними сьогодні є траси М-06 Київ-Чоп, М-03 Київ-Харків-Довжанський, М-05 Київ-Одеса. Це пояснюється як їх великою протяжністю від (500 до 850 км), так і багатосмуговим рухом і відповідним високим швидкісним режимом.

Якщо стається ДТП, то одним із ключових факторів є швидкість та якість надання першої медичної допомоги, час госпіталізації постраждалого в ЛПЗ, де йому можуть надати адекватну допомогу. Наприклад, у Німеччині розгорнута 51 гелікоптерна станція на чолі з координуючим "центром спасіння" з 45 гелікоптерами, в Австрії – 63 та 17 гелікоптерів. Тільки це призвело до зниження смертності з 40% в 1970-х рр. до 18% – в 1990-ті рр. Прибуття лікаря в Німеччині на чолі виїзної бригади на місце травми – за 22 хв після виклику, час доставки в шпиталь – 18 хв [6, 11]. У Москві час прибуття гелікоптеру з чергової бази в будь-яку точку Москви та великі магістралі, що до неї прилягають, не перевищувало 11-15 хв, а час доставки постраждалих з місця пригоди в стаціонар скоротився в 10-40 разів і становить усього 7-9 хв [7].

Водночас на таку швидкість прибуття до місця катастрофи та транспортування в медичні заклади Німеччини впливає той факт, що густина центрів травми там значно більша, ніж в Україні. Наприклад, при кількості населення в Німеччині у 81,8 млн мешканців

розгорнуто 98 надрегіональних центрів травми, 232 регіональних центри травми та 295 локальних центрів травми. В Україні при кількості населення в 42,9 млн мешканців роль притрасових лікарень за даними обласних позаштатних ортопедів-травматологів можуть виконувати тільки 171 ЛПЗ. Якщо взяти кількість центрів на 10 тис. населення, то перевага Німеччини становить приблизно 40%, але якщо порівнювати площу країн та транспортну інфраструктуру, то ця перевага зростає в рази.

Мета роботи – сформувати систему притрасових травматологічних відділень (центрів) для надання невідкладної допомоги постраждалим в ДТП зі скелетною травмою.

Матеріали і методи

Використані дані про стан та розгалуженість мережі центральних районних лікарень в областях України, що виконують функції притрасових, надані головними позаштатними ортопедо-травматологами обласних управлінь охорони здоров'я.

Результати та їх обговорення

Якщо говорити про медичний заклад – притрасову лікарню, то спочатку слід виділити критерії, за якими ЛПЗ можна відносити до таких. На нашу думку, лікарня має відповідати таким вимогам:

- ЛПЗ знаходиться на перетині доріг державного значення;
- у складі ЛПЗ є відділення травматології як штатна одиниця (не менше 30 ліжок);
- у складі ЛПЗ є відділення реанімації та анестезіології як штатна одиниця (не менше 6 ліжок);
- є приймальне відділення з мінімальним; набором обладнання для забезпечення вітальних функцій;
- є служба Швидкої медичної допомоги в адміністративно-територіальному районі;
- час, необхідний для прибуття бригади швидкої медичної допомоги, в будь-який кінець адміністративно-територіальної одиниці – не більше 40 хв.

Окремо слід зупинитися на приймальному відділенні. У приймальному відділенні притрасової лікарні мають бути протишокова палата, ургентна операційна, лабораторний комплекс. В свою чергу протишокова повинна мати в переліку необхідного обладнання набір для інтубації, апарат ШВЛ, пульсаксиметр, катетери та дренажі, шини, набори для торакотомії, лапаротомії, зовнішні фіксатори/тазові щипці. Вся робота притрасової лікарні має координуватися ортопедо-травматологічним відділенням обласної лікарні кожного конкретного регіону. Причому повинен бути чіткий зворотній зв'язок.

Для прикладу розглянемо Харківську область. За даними обласного ортопеда-травматолога Спесивого І.І. в області є 4 ЦРЛ, які можуть виконувати роль притрасових лікарень. Це Чугуївська ЦРЛ, Ізюмська ЦРЛ, Красноградська ЦРЛ, Валківська ЦРЛ.

Для кожної з них виділені зони відповідальності:

- Чугуївська ЦРЛ – травматологічне відділення розгорнуто на 40 ліжок. Зона відповідальності: траса Київ – Харків – Довжанський (від с. Рогань до с. Волохів Яр – 70 км); траса Харків – Луганськ (від с. Рогань до с. Чкаловське – 50 км); траса Харків – Валуйки (від с. Рогань до с. Н. Бурлук – 75 км); залізничне сполучення (від станції Світанок до станції Залісна – 41 км). Згідно зі штатним розписом у відділенні введено 5,5 ставки травматолога, з яких 3,5 – ставки ургентного травматолога (чергування з 1430 до 800).

- Ізюмська ЦРЛ – травматологічне відділення розгорнуто на 30 ліжок. Зона відповідальності: траса Київ – Харків – Довжанський (від с. Волохів Яр до с. Долина Слав'янського р-ну, Донецької області – 90 км). Згідно з штатним розписом у відділенні введено 6 ставок травматологів, з яких 3,5 ставки – ургентного травматолога (чергування з 1500 до 800).

- Красноградська ЦРЛ – 20 травматологічних ліжок у складі хірургічного відділення. Зона відповідальності: траса Харків – Сімферополь (від с. Українка Н.-Водолазського р-ну до с. Перещепіно Дніпропетровської обл. – 75 км); траса міського значення м. Красноград – м. Зачепилівка – 30 км; траса міського значення м. Красноград – м. Сахновщина – 50 км. Згідно з штатним розписом у лікарні введено 4 ставки травматологів.

- Валківська ЦРЛ – 10 травматологічних ліжок у складі хірургічного відділення. Зона відповідальності: траса Харків – Київ (від с. Пісочин до с. Чутове, Полтавської обл. – 82 км). Згідно з штатним розписом у лікарні введено 1,5 ставки травматологів.

Подібний розподіл й у Закарпатській області, в якій головним позаштатним ортопедом-травматологом Гайовичем В.В. виділено також 4 районні лікарні, що можуть виконувати роль притрасових:

- Ужгородська міська клінічна лікарня: надає медичну допомогу пацієнтам В.-Березнянського, Перечинського та Ужгородського районів (вздовж долини р. Уж) та обслуговує частину траси Київ-Чоп (до смт Середне, Ужгородського району). Зона обслуговування цієї траси – в межах 25 км по дорозі відмінної якості.

- Мукачівська РЛ: надає допомогу вздовж траси Чоп-Київ з рівня смт Середне до Верещинського перевалу. Вздовж прикордонної траси на цю лікарню можна покласти обов'язок обслуговувати травму від Мукачєва до смт Сільце Іршавського району та з боку Берегова.

- Хустська РЛ: надає допомогу вздовж прикордонної траси. На цю лікарню можна покласти обов'язок

обслуговувати політравму від смт Сільце до с. Тересви, Тячівського району та з боку Виноградава.

- Рахівська РЛ: надає допомогу вздовж прикордонної траси. На цю лікарню можна покласти обов'язок обслуговувати політравму від с. Тересва Тячівського району до Рахова та до Яблоницького перевалу. Для ефективної роботи лікарню слід дооснастити КТ.

На притрасові лікарні слід покласти такі задачі при лікуванні постраждалих у ДТП зі скелетною травмою: діагностика; невідкладні операції по врятуванню життя; стабілізуючі операції на кінцівках; операції світлого проміжку при показах (декомпресійна трепанація, ревізії торакальної та абдомінальної порожнин); евакуація в ОКЛ після виведення з важкого стану для реконструктивних операцій, які не виконуються на рівні притрасової лікарні.

Для вирішення питання функціонування притрасових лікарень нами була зроблена спроба систематизації проблем, як існують в площині надання медичної допомоги постраждалим у ДТП в областях за даними головних позаштатних спеціалістів обласних управлінь охорони здоров'я обласних державних адміністрацій. Найбільш часто згадуваними були: проблемне матеріально-технічне забезпечення; наявність травматологічних ліжок у окремих ЦРЛ або медико-санітарних частинах, які не працюють, оскільки існуючі ставки ортопедів-травматологів є вакантними (Кіровоградська область); недостатня підготовленість персоналу травматологічних відділень (лікарського та середнього); відсутність протоколів надання допомоги постраждалим із політравмою; проблеми взаємодії з суміжними службами (хірургічна, нейрохірургічна).

Крім того, є одна спільна проблема – в деяких обласних лікарнях немає відділів травматології, а обласні ортопеди-травматологи займаються винятково плановою хірургією. Тому вважаємо за доцільне створити в кожній обласній лікарні травматологічне відділення, що буде займатися координацією роботи всіх травматологічних відділів області.

На нашу думку, існує паліативний шлях вирішення питання надання медичної допомоги постраждалим в ДТП, який передбачає:

- на розсуд обласних позаштатних ортопедів-травматологів відібрати районні лікарні, що відповідають критеріям для травматологічних відділень притрасових лікарень, провести збільшення ліжкового фонду за рахунок травматологічних ліжок, що функціонують на базі хірургічних або медико-санітарних частин до мінімальної кількості в 30 ліжок;
- провести дооснащення матеріально-технічної бази таких відділень всім необхідним;
- лікарі травматологічних відділень притрасових лікарень мають пройти навчання на курсах підготовки хірургів пошкоджень і нейрохірургів.

Для більш ефективного розв'язання проблеми надання медичної допомоги постраждалим у дорожньо-транспортних пригодах слід рухатися в напрямі створення спеціалізованих притрасових лікарень (центрів травми 2 рівня).

Висновки

Основним місцем, де буде надаватися медична допомога травмованим у ДТП, мають стати притрасові лікарні (центри травми 2 рівня), що будуть створені на базі потужних районних лікарень. Керівниками новостворюваних центрів політравми потрібно призначати ортопедів-травматологів серед найбільш фахово освічених спеціалістів травматологічних відділень цих лікарень.

При створенні центрів політравми необхідно передбачити їх цілодобову ургенцію в режимі 7 днів на тиждень. Для функціонування новостворюваних центрів травми потрібно направити двох ортопедів-травматологів для стажування в клініки Unfallchirurgie (хірургії ушкоджень) Німеччини. Необхідно провести зміни в навчальних програмах для лікарів-інтернів за спеціальністю "травматологія-ортопедія", змінити характер передатестаційної підготовки лікарів-ординаторів.

Вирішення питання організації та ефективної роботи слід проводити в співпраці з такими організаціями, як МОЗ, Міністерство інфраструктури України, Державне агентство автомобільних доріг України.

Література

1. Анкин ЛН. Политравма (организационные, тактические и методологические проблемы) / ЛН. Анкин. – М. : Мед прес информ, 2004. – 173 с.
2. Аналіз стану травматолого-ортопедичної допомоги населенню України 2011-2012 рр. : довідник / Г.В. Гайко, С.С. Страфун, А.В. Калайніков, В.П. Полішко. – К., 2013. – 220 с.
3. Гур'єв С.О. Стандартизація та уніфікація лікування постраждалих з політравмою на ранньому госпітальному етапі / С.О. Гур'єв, В.Д. Шишук, С.В. Мацюк. – Суми : Мрія-1, 2006. – 136 с.
4. Ефективність надання травматологічної допомоги постраждалим із ушкодженням опорно-рухової системи при політравмі в агропромисловому регіоні / Г.В. Гайко, Ю.І. Павлішен, А.В. Калайніков, Т.П. Чалайдюк // Ортопед. травматол. – 2005. – № 2. – С. 99–104.
5. Соколов ВА. Дорожно-транспортные травмы: руководство для врачей / ВА. Соколов. – М., 2009. – 176 с.
6. Багненко С.Ф. Организация и оказание скорой медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях / С.Ф. Багненко, В.В. Стожаров, А.Г. Мирошниченко. – СПб., 2011. – 400 с.
7. Итоги реализации мероприятий Федеральной целевой программы «Повышение безопасности дорожного движения в 2006-2012 годах в системе здравоохранения»: тез. Всерос. конф. (Москва, 12-14 декабря). – М., 2012. – С. 300.

8. Процик О.І. Дорожно-транспортний травматизм (ДТТ) – медико-соціальні аспекти проблеми / О.І. Процик. – К.: Просвіта, 2007. – 156 с.
9. Яременко Д.О. Дорожно-транспортний травматизм и причины смертности на госпитальном этапе / Д.А. Яременко, Е.Г. Шевченко // Травма. – 2006 – Т. 7, № 2 – С. 157–161.
10. Mock C. Guidelines for essential trauma care / C. Mock. – Geneva: World Health Organization, 2004. – 85 p.
11. Road Crash Casualties: Characteristics of Police Injury Severity Misclassification / Amoros E., Martin J. L., Mireille M. D., Laumon B. // Trauma-Injury Infection & Critical Care. – 2007. – Vol. 62, № 2. – P. 482–490.

STATE AND POTENTIALITIES ORTHOPEDIC AND TRAUMA ASSISTANCE FOR VICTIMS OF ROAD TRAFFIC ACCIDENTS IN ROADSIDE HOSPITALS

Strafun S.S., Tymochuk V.V., Derkach R.V.

Summary. *In Ukraine, there is an extensive network of roads of national importance with a total length of about 170 thous. Km, which killed up to 5,000 people per year, and injured more than 30000. Key factor in the survival of patients is the speed and quality of primary health care and time of hospitalization in the hospitals. Objective: to establish a system roadside Hospitals (centers) to provide emergency assistance to the victims in an road accident with a skeletal injury. The data on state and an extensive network of central district hospitals in the regions of Ukraine, which serve roadside Hospitals. Defined the criteria on which the hospital can be attributed to roadside Hospital, and objectives in the treatment of victims of road accidents with skeletal trauma. Was done attempt to systematize the problems that exist in the plane of the provision of medical assistance to victims of road accidents in this plane. The proposed solution to the problem of providing medical assistance to victims of road accidents is to create a specialized roadside hospitals (2 level centers injury).*

Key words: *roadside Hospitals, skeletal trauma, orthopedics and traumatology.*

ПРИТРАССОВЫЕ БОЛЬНИЦЫ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ВОЗМОЖНОСТИ ОРТОПЕДО-ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ В ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ

Страфун С.С., Тимочук В.В., Деркач Р.В.

Резюме. *В Украине существует разветвленная сеть автомобильных дорог государственного значения общей протяженностью около 170 тыс. км, на которых ежегодно погибает до 5000 человек, а травмируются более 30000. Ключевым фактором спасения таких больных является скорость и качество оказания первичной медицинской помощи и госпитализации в ЛПУ. Цель нашей работы – сформировать систему притрассовых травматологических отделений (центров) для оказания неотложной помощи пострадавшим в ДТП со скелетной травмой. Использованы данные о состоянии и разветвленности сети центральных районных больниц в областях Украины, которые выполняют функции притрассовых, предоставленные главными внештатными ортопедами-травматологами областных управлений здравоохранения. Определены критерии, по которым ЛПУ можно относить к притрассовым, и задачи при лечении пострадавших в ДТП со скелетной травмой. Сделана попытка систематизации проблем, которые существуют в плоскости оказания медицинской помощи пострадавшим в ДТП в областях. Предложенный путь решения проблемы оказания медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях заключается в создании специализированных притрассовых больниц (центров травмы 2 уровня).*

Ключевые слова: *притрассовые травматологические отделения, скелетная травма, ортопеды-травматологи.*

Адреса редакції: 01 054, м. Київ, вул. Бульварно-Кудрявська, 27. Тел.: (044) 486–42–49, 486–60–65, тел./факс (044) 486–66–28, e-mail: atou@ukr.net
Засновники та їх адреса: ВГО “Українська Асоціація ортопедів-травматологів”, ВГО “Українська Асоціація спортивної травматології, хірургії коліна та артроскопії”, ДУ “Інститут травматології та ортопедії НАМН України”, 01054, м. Київ, вул. Бульварно-Кудрявська, 27.

Видається 4 рази на рік. Мова видання: українська, російська, англійська.

Сфера розповсюдження – загальнодержавна.

Літ. редактор – Черешук І. О. Технічний секретар – Полякова М. Б. Коректор – Солодовнік О. А. Переклад англійською – Кравченко О. М.

Підписано до друку 23.09.2016 р. Наклад 1000 прим. Ціна договірна.

Верстка та друк: ТОВ “Видавнича компанія “Наш формат”, (067) 235-22-56.