

ОРТОПЕДІЯ

© КОЛЕКТИВ АВТОРІВ, 2013

*Г.І. Герцен, А.І. Процик,
Г.Г. Білоножкін, Д.В. Штонда*

СВОЄЧАСНІСТЬ ДОГОСПІТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ПОТЕРПІЛИМ ВНАСЛІДОК ДТП Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, Київ

Вступ. Питання своєчасності та якості догоспітальної допомоги потерпілим внаслідок ДТП є надто важливим. Оскільки, значно зростає рівень ДТП, постраждалих та смертних випадків на автомагістралях. Все вище вказане призводить до значних матеріальних затрат.

Методи. Проаналізовано 1130 первинних медичних документів потерпілих в ДТП, об'єм та якість наданої їм допомоги на догоспітальному етапі.

Результати. Наведені існуючі в світі, а також і в Україні, тактичні схеми надання допомоги потерпілим на догоспітальному етапі. Запропонована схема розподілу постраждалих по типам домінуючих пошкоджень та їх поєднання.

Висновки. Трьохетапна система або вона ж універсальна організаційна схема надання допомоги постраждалим на догоспітальному етапі - в Україні працює недостатньо ефективно, тому потребує певного удосконалення. Удосконалена авторами схема розподілу постраждалих служить експрес діагностикою в визначенні травмованих, котрим на місці пригоди варто в першу чергу надавати медичну допомогу.

Ключові слова: догоспітальна допомога, потерпілі, дорожньо-транспортні пригоди.

ВСТУП

Актуальність проблеми пов'язана із – значним рівнем ДТП, від яких гине 56-68% людей працездатного віку. Значна кількість розвинених країн витрачає на ліквідацію наслідків ДТП до 2,5% валового національного продукту. Збитки народногосподарського комплексу в Україні (2010р.) внаслідок травм та летальних наслідків постраждалих становить 96% від усієї суми збитків в результаті ДТП (в млн. грн.). [1,2,3,5,7]

Важливість питання ДТП полягає і в тому, що ця проблема має велике соціальне значення. Основну частку загиблих в автомобільних катастрофах (до 70%) складають люди працездатного віку. Причому, щорічно 90% жертв автомобільних аварій - люди у віці 15-40 років. У даний час віково-статева характеристика потерпілих в ДТП вказує, що $\frac{3}{4}$ тих, хто потрапив в аварію – чоловіки. Ця різниця особливо вагома у віковій групі молодих людей (15-29 років), чоловіки складають 80% від загального числа жертв [1,2,4,5,7].

Дані центра медичної статистики МОЗ України за 2010р. свідчать, що рівень усіх видів травм серед дорослих і підлітків становить 1885082 випадків (на 10 тис. населення 479,7), із яких ДТТ – 25204 випадків (на 10 тис. населення 6,4). У 2010р. від нещасних випадків, травм, отруень та інших зовнішніх дій в Україні зареєстровано 43955 смертельних випадків, що становить 6,30% від загальної кількості померлих. Інтенсивний показник летальності від вказаних травм становить 96,01 випадків на 100 тис. населення. У тому числі внаслідок ДТП загинуло 5079 осіб, що становить 11,09 на 100 тис. населення. Питома вага померлих від транспортних травм серед усіх померлих від нещасних випадків становить 11,55%. Порівняльні дані усіх видів травма із ДТТ та їх летальності вказують про значну важкість пошкоджень внаслідок ДТП, котрі і є головними чинниками смертності постраждалих на догоспітальному етапі. [2,3,4,5,6]

Мета - висвітлити деякі організаційні недоліки системи надання першої медичної допомоги в Україні, удосконалити існуючі організаційні моделі надання догоспітальної допомоги потерпілим внаслідок ДТП, за рахунок експрес-діагностики пошкоджень, трьох - етапної системи надання допомоги постраждалим.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Робота виконана на основі аналізу 1130 первинних медичних документів потерпілих в ДТП, із яких 812 травмованих і 318 загиблих, а також – даних офіційних статистичних матеріалів та літературних публікацій.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Доведено, що важкість потерпілих та наслідки травм, отриманих в ДТП, залежать від значної кількості факторів, де один із найголовніших це надання медичної допомоги на догоспітальному етапі. Для більш ефективного функціонування догоспітального етапу необхідно виконувати ряд важливих заходів, серед яких одним із головних є формування чіткої взаємодії між окремими підрозділами. У світовій практиці існує поняття "chain of survival" ("ланцюг виживання") як універсальна організаційна схема надання допомоги постраждалим на догоспітальному етапі. Головними компонентами цієї схеми є:

1. термінова невідкладна допомога по підтримці життя травмованих безпосередньо на місці пригоди (перша допомога);
2. якомога швидше прибуття медичних спеціалістів, виконання додаткової кваліфікованої допомоги на місці і під час транспортування в лікувальний заклад (долікарська, кваліфікована та спеціалізована медична допомога);
3. швидка доставка потерпілих в профільний (багато профільний) стаціонар.

Запорукою успіху функціонування "ланцюга виживання" є чітка взаємодія між етапами. На сьогодні у світовій практиці існує декілька тактичних схем надання допомоги потерпілим на догоспітальному етапі. Одна тактична схема відома під назвою "scoop and run" ("хапай і біжи"), інша – "stay and treat" ("стій і лічи"). Перша тактична схема в основному використовується США, Англією, Голландією й скандинавськими країнами. Друга – Францією, Туреччиною, країнами Східної Європи та країнами Співдружності Незалежних Держав.

Особливої уваги заслуговує так звана система "rendezvous-system" ("система randеву") у Німеччині. Вказана система полягає в тому, що лікар у разі потреби, незалежно від середнього медичного персоналу, вилітає на спеціально обладнаних гелікоптерах або виїжджає самостійно на місце автопригоди у спеціально обладнаній легковій автомашині. Така система робить лікаря більш мобільним, і після надання необхідної допомоги він може відправитись на інший виклик, а завершення допомоги та транспортування потерпілих буде здійснено середнім медичним персоналом. Така організація догоспітальної допомоги ще в ФРН дозволила знизити смертельні випадки на 25% у рік та щорічно зберігаючи державі 55 млн. дол.

Україна успадкувала від колишнього Радянського Союзу трьох-етапне надання допомоги потерпілим при ДТП (Наказ МОЗ СРСР №733 ДСП від 06.09.72р.). Відповідно якої, під час першого етапу допомога надається на місці пригоди, другого – на шляху транспортування до лікувального закладу, третього – безпосередньо у лікувальному закладі. На жаль, медична допомога в повному обсязі - надходить через 1 – 1,5 години з моменту ДТП.

Для з'ясування причин смертності постраждалих в ДТП на догоспітальному етапі нами було проаналізовано 1130 первинних медичних документів, із яких 812 травмованих і 318 загиблих. Головними питаннями в даному аналізі були своєчасність та якість першої медичної допомоги постраждалим на догоспітальному етапі. В питанні своєчасності надання допомоги потерпілим на догоспітальному етапі важливе значення має віддаленість ДТП від лікувального закладу. Аналіз показав, що в більшості випадків (51,6% від 20 і більше км. та 78,3% - 10 і більше км.) ДТП відбуваються на значній відстані від спеціалізованої медичної допомоги. Така віддаленість лікувального закладу від місця автокатастрофи в значній мірі затримує прибуття машин швидкої допомоги, а значить і першої медичної допомоги та подальшого транспортування травмованих до лікарні. І все це при тому, що автодорожні травми відрізняються значною важкістю (рис.1).

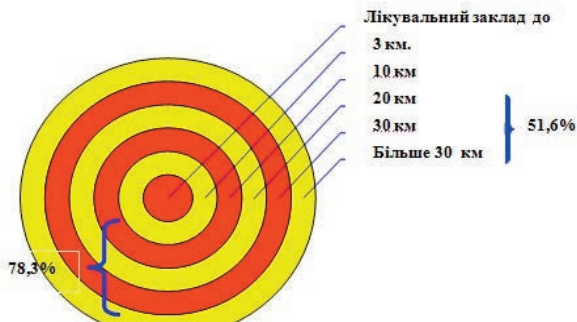


Рис. 1. Відстань транспортування постраждалих до лікувального закладу в Україні. Аналізуючи пошкодження, ми відмітили, що більше всього травмуються нижні кінцівки, голова і шия. Характер пошкоджень різниться поліморфізмом,

різною ступеню важкості – від незначних забоїв до розривів паренхіматозних органів черевної порожнини та черепно-мозкових травм. Важкість травмованих більше спостерігалась при пошкодженнях органів черевної порожнини, грудної клітки, кісток тазу, про що свідчив шоковий стан травмованих.

Вивчення пошкоджень загиблих виявило значну кількість множинних і поєднаних пошкоджень. Для зручності аналізу враховували ті пошкодження, які негативно впливали на вітальні функції організму, тобто були домінуючими у визначені подальших наслідків травм. Такий підхід дозволив виділити чотири типи домінуючих пошкоджень: черепа і головного мозку; грудної клітки та її органів; черевної порожнини і її органів; множинні пошкодження опорно-рухового апарату (рис.2).

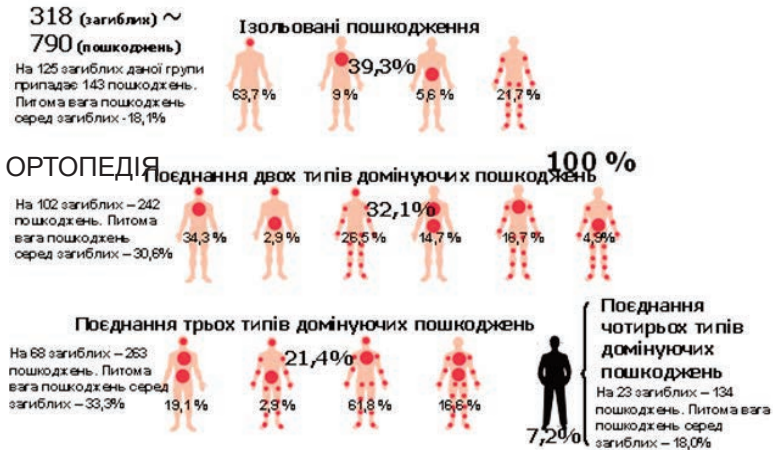


Рис. 2. Розподіл постраждалих по типам домінуючих пошкоджень та їх поєднання

Детальне вивчення пошкоджень показало, що в значній мірі (60,7%) ці домінуючі пошкодження поєднуються між собою, в наслідок чого мають місце випадки поєднання двох, трьох і навіть чотирьох типів домінуючих пошкоджень. Найбільше загиблі мали ізольований тип домінуючих пошкоджень (39,3%). Загиблі із поєднанням чотирьох типів домінуючих пошкоджень зустрічаються рідше всього (7,2%). В той же час збільшення кількості поєднаних типів пошкоджень значно обтяжує стан травмованих. Нами відмічена пропорціональна залежність між збільшенням кількості поєднаних пошкоджень та питомою вагою самих пошкоджень. Так, серед загиблих із поєднанням трьох типів домінуючих пошкоджень (68), питома вага їх пошкоджень складала 33,3% і вони знаходились у крайнє важкому стані. Вказана обставина пояснюється тим, що у цих травмованих одночасно спостерігалися черепно-мозкові травми, множинні переломи кісток грудної клітки із розривом органів, розриви паренхіматозних і порожнинних органів із масивною кровотратою, переломами нижніх і верхніх кінцівок тощо (рис.2).

Аналізом доведено, що від важкої несумісної із життям травми гине основна частка травмованих (71,0%), в той же час відсоток сумісних із життям травм, які закінчились летальним наслідком досить високий (29,0%).

З метою уточнення причин летальності травмованих із сумісною травмою, провели оцінку надання допомоги постраждалим на догоспітальному етапі. Вивчення даного питання показало, що перша допомога на місці пригоди практично в половині випадків не надавалась, або надавалась в неповному обсязі, причому серед загиблих цей показник склав 61,9%. Виключивши смертельні випадки внаслідок ускладнень (70 випадків) і порівнявши дані надання та відсутності допомоги серед загиблих відмітили, що більше (79,8%) летальних наслідків в ДТП настає при відсутності або неповноцінної допомоги. Цей показник вищий і серед загиблих, у котрих травма була сумісна із життям (22,2%). Вивчення цих даних показало, що догоспітальна допомога якщо і надавалась, то її об'єм був недостатнім. Вона, як правило, заключалася в накладенні асептичної пов'язки (49,0%) і транспортної іммобілізації (34,0%). Головні ж види допомоги – медикаментозне лікування (11,8%), інфузійна терапія (0,4%), непрямий масаж серця (0,2%), штучна вентиляція легенів (0,4%) проводились рідко та в недостатньому об'ємі. Все вище сказане вказує на пряму залежність летальності потерпілих в ДТП від часу надання першої допомоги потерпілим та її якості.

Посилаючись на концепцію «золотої години» та поняття «ланцюга виживання», автори підкреслюють важливість користування лікарями швидкої допомоги схемою "Розподілу постраждалих в залежності від типу домінуючих пошкоджень та їх поєднання", котра служить експрес діагностикою в визначені травмованих, котрим на місці пригоди варто в першу чергу надавати медичну допомогу. На жаль, в Україні відсутня упорядкована і регламентована система надання допомоги потерпілим на місці пригоди і при транспортуванні їх до лікувального закладу. Це питання потребує значної уваги з боку державних структур різного рівня.

ВИСНОВКИ

Трьохетапна система або вона ж універсальна організаційна схема надання допомоги постраждалим на догоспітальному етапі - "chain of survival" ("ланцюг виживання") в Україні працює недостатньо ефективно, тому потребує певного удосконалення. Це питання потребує значної уваги з боку державних організаційно-керівних структур різного рівня.

Удосконалена авторами схема розподілу постраждалих служить експрес діагностикою в визначені травмованих, котрим на місці пригоди варто в першу чергу надавати медичну допомогу. До них відносяться, травмовані із ізольованими типами домінуючих пошкоджень, поєднанням двох типів домінуючих пошкоджень, та рідше - із наявністю трьох типів домінуючих пошкоджень.

Література

1. Гайко Г.В., Строфун С.С., Калашніков А.В., Полішко ВП Аналіз стану ортопедо-травматологічної допомоги населенню України 2009-2010 рр. Київ: «Воля» С. 2011.

2. Дорожно-транспортні пригоди в Україні за 2010 рік. www.mvs.dov.ua.
3. Игошина Диана. 2,5% ВВП “тратиться” на дорожні аварії. Опубліковано на сайті Страна. Ru 08.04.05.
4. Офіційний вісник України. 2010, 2.
5. Процик А.І. Дорожно-транспортний травматизм (ДТП) – медико соціальні аспекти проблеми. Київ: Просвіта. 2007.
6. Greenhouse gas emission trends and projections in Europe: finaldraft. Copenhagen, European Environment Agency, 2003 (Environmental Issue Report No. 36; <http://reports.eea.eu.int>).
7. Mortality indicators by cause of death, age and sex (off_line version). Supplement to the WHO European health for all database. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (<http://www.who.dk>).

*Г.И. Герцен, А.И. Процык,
Г.Г. Белоножкин, Д.В. Штонда*

Своевременность догоспитальной помощи потерпевшим вследствие ДТП

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л.Шупика, Киев

Вступление. Вопрос своевременности та качества догоспитальной помощи потерпевшим вследствие ДТП есть очень важным. Поскольку, значительно растет уровень ДТП, потерпевших та смертных случаев на автомагистралях. Все выше указанное приводит до значительных материальных затрат.

Методы. Проанализировано 1130 первичных медицинских документов потерпевших в ДТП, объем та качество оказанной им помощи на догоспитальном этапе.

Результаты. Приведены существующие в мире, а также и в Украине, тактические схемы оказания помощи потерпевшим на догоспитальном этапе. Предложенная схема распределения пострадавших по типам доминирующих повреждений та их сочетания.

Выводы. Трехэтапная система или она ж универсальна организационная схема оказания помощи потерпевшим на догоспитальном этапе - в Украине работает недостаточно эффективно, поэтому требует соответствующего усовершенствования. Усовершенствованная авторами схема распределения потерпевших служит экспресс диагностикой в определении травмированных, которым на месте происшествия необходимо в первую очередь оказывать медицинскую помощь.

Ключевые слова: догоспитальная помощь, потерпевшие, дорожно-транспортные происшествия.