



УДК: 614.86-081:656.1(571.62)

В.М. Королев

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ В ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ В ХАБАРОВСКОМ КРАЕ

Краевая клиническая больница № 2, 680030, ул. Павловича, 16, тел. 8-(4212)-45-29-60, г. Хабаровск

Резюме

Работа посвящена вопросам организации медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях в Хабаровском крае. Только за 2011–2012 годы в регионе произошло увеличение количества происшествий на 15,9 % при сохранении числа погибших и увеличении численности раненых на 17,8 %. Для решения проблемы в крае реализуются мероприятия федеральной целевой программы «Повышение безопасности дорожного движения в 2006–2012 гг.». В течение 2008–2010 гг. в крае организована трехуровневая сеть травмоцентров. Были определены их цели и задачи, произведено укомплектование оборудованием, подготовлены специалисты, разработаны порядки оказания медицинской помощи как для догоспитального, так и для госпитального этапов. Специалистами травмоцентра первого уровня на базе краевой клинической больницы № 2 в режиме текущего времени ведется мониторинг ситуации по пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях на территории края. Проведенные мероприятия в течение 2008–2012 годов позволили существенно, в 2–3 раза, увеличить объемы специализированной, в том числе высокотехнологической, медицинской помощи, снизить общую и послеоперационную летальность.

Ключевые слова: Хабаровский край, дорожно-транспортный травматизм, организация медицинской помощи.

V.M. Korolev

MEDICAL AID ORGANIZATION FOR THE TRAFFIC ACCIDENTS VICTIMS IN THE Khabarovsk REGION

Regional Hospital №2 Healthcare Ministry of the Khabarovsk Region, Khabarovsk

Resume

The work is devoted to the issues of medical aid organization for traffic accidents victims in the Khabarovsk Region. Only throughout 2011–2012 the amount of traffic accidents in the Region increased to 15,9 %, with the same number of those who died and growing amount of the wounded to 17,8 %. To improve the situation in the Region the measures recommended by the Federal program «Safety improvement of the traffic in 2006–2012» are being implemented. Throughout 2008–2010 a three-level net of trauma centers was organized. Goals and objectives were determined, equipment was bought, and specialists were trained. Algorithms of first aid provision were worked out both for pre hospital and at a hospital stages. Specialists of the first level trauma center based in the hospital №2 monitor the situation on line registering traffic accidents in the Region. The implemented measures conducted throughout 2008–2012 helped dramatically resulting in two-three times increase of the volume of the specialized high technological medical aid, decrease of a total and postoperative mortality.

Key words: Khabarovsk Region, traffic traumas, medical aid organization.

Дорожно-транспортный травматизм остается актуальной проблемой российского здравоохранения. Динамика числа погибших на дорогах России за 1990–2012 гг. характеризуется наличием определенного понижающегося тренда с темпами, примерно, 1 % в год [2].

Основными причинами высокой летальности при дорожно-транспортных происшествиях (ДТП) в Рос-

сии являются слабая развитость системы этапного оказания медицинской помощи, отсутствие системы единой координации медицинских мероприятий по оказанию помощи пострадавшим в ДТП, несвоевременная доставка пострадавших в ЛПУ вследствие позднего прибытия транспорта (37,7 %), больших расстояний до лечебных учреждений (41,9 %), позднего вызова на место происшествия (12,4 %) и пр. [1].

Проведен анализ дорожно-транспортного травматизма за 2012 год в Российской Федерации (РФ), Дальневосточном федеральном округе (ДФО) и субъектах ДФО (табл. 1). Изучена динамика показателей эффективности медицинской помощи пострадавшим в ДТП в условиях травмоцентра 1-го уровня за 2008–2012 гг. (табл. 2).

Таблица 1

Общее количество дорожно-транспортных происшествий, число погибших и раненых за 2012 год (абс.)

Субъект ДФО	Общее количество ДТП	Погибло	Ранено
РФ	203 597	27 991	258 618
ДФО	11 028	1 352	14 193
Республика Саха (Якутия)	932	134	1 201
Приморский край	4 370	497	5703
Камчатский край	655	75	824
Хабаровский край	2 203	233	2 767
Амурская область	1 367	192	1 669
Магаданская область	314	49	461
Сахалинская область	760	120	1 042
Еврейская автономная область	403	51	495
Чукотский автономный округ	24	1	31

В таблице 1 представлены данные, отражающие общее количество ДТП, число погибших и раненых в Российской Федерации, Дальневосточном федеральном округе и субъектах ДФО за 2012 год. Из таблицы следует, что в 2012 году удельный вес ДТП в ДФО составил 5,4 % от их количества в РФ, удельный вес раненых и погибших составил соответственно 4,8 и 5,5 %.

В ДФО самое большое количество ДТП на 10 тысяч единиц транспортных средств (ТС) регистрируется в Хабаровском крае, Еврейской автономной области и Магаданской области, что, вероятней всего, объясняется тем, что по их территории проходят федеральные автодороги М-58 «Амур», М-60 «Уссури» и «Колыма».

Причинами ДТП в РФ в 85,5 % случаев является нарушение водителями правил дорожного движения, что в 83,9 % случаев повлекло гибель людей, а в 89,8 % – ранения. Соответственно в ДФО причинами ДТП в 89,2 % случаев явилось нарушение водителями правил дорожного движения, что в 89,4 % случаев повлекло гибель людей, а в 92,2 % – ранения. Удельный вес ДТП, совершенных водителями в нетрезвом виде, составил в РФ 6,1 %, в ДФО – 9,3 %.

Дорожно-транспортные происшествия являются актуальной проблемой и для Хабаровского края. В период с 2006 по 2012 гг. в Хабаровском крае отмечается неустойчивая тенденция снижения дорожно-транспортного травматизма. Количество ДТП уменьшилось на 16,3 %, число погибших – на 28 %, раненых – на 17,6 %. Вместе с тем, в период с 2011 по 2012 гг. отмечается увеличение количества ДТП на 15,9 % при сохранении числа погибших и увеличении численности раненых на 17,8 %.

Динамика показателей эффективности медицинской помощи пострадавшим в ДТП в условиях травмоцентра 1-го уровня за 2008–2012 гг.

Номер п/п	Показатель	2008	2010	2012	p	t
1.	Число обратившихся за медицинской помощью после ДТП (абс.)	1886	1623	2377	> в 1,26 раза	
2.	Число госпитализированных после ДТП (абс.)	269	360	810	> в 3,01 раза	
3.	Число госпитализированных после ДТП в травматологическое отделение (абс.)	171	201	395	> в 2,31 раза	
4.	Число госпитализированных после ДТП в нейрохирургическое отделение (абс.)	98	159	415	> в 4,23 раза	
5.	Число оперированных больных после ДТП (абс.)	138	162	382	> в 2,77 раза	
6.	Общая летальность (процентов)	8,6	5,8	4,8	< 0,05	2,035
7.	Послеоперационная летальность (процентов)	11,7	8,0	5,7	< 0,05	2,012

В структуре причин ДТП в крае в 2012 году преобладали превышение скорости – 23,3 %, несоблюдение очередности проезда – 15,7 %, управление транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения – 10,3 %, выезд на встречную полосу – 7,9 %.

По мнению экспертов ВОЗ, в совершенствовании системы оказания медицинской помощи существенными являются организационные мероприятия [4, 6]. В Европейских странах наибольшее распространение получила немецкая модель организации помощи при травмах, которая основана на создании сети травмоцентров различного уровня [5].

В Хабаровском крае в результате проводимых мероприятий по реализации федеральной целевой программой «Повышение безопасности дорожного движения в 2006–2012 гг.» в течение 2009–2010 гг. организована трехуровневая сеть травмоцентров [3].

Главным учреждением является травмоцентр 1-го уровня, сформированный на базе краевой клинической больницы № 2 министерства здравоохранения Хабаровского края. Травмоцентр 1-го уровня с учетом профильных отделений, действующих специалистов и ресурсного обеспечения, осуществляет организационно-методическую, консультативную и лечебно-диагностическую работу по организации медицинской помощи всем жителям Хабаровского края.

Травмоцентр 2-го уровня создан в г. Комсомольске-на-Амуре на базе городской больницы № 7 министерства здравоохранения Хабаровского края для оказания специализированной помощи жителям г. Комсомольска-на-Амуре, Комсомольского, Амурского и Солнечного муниципальных районов. При необходимости мощность больницы позволяет оказывать медицинскую помощь пострадавшим из отдаленных северных территорий Хабаровского края (Охотский, Тугуро-Чумиканский, Аяно-Майский, Николаевский муниципальные районы), доставляемых санитарной авиацией.

Травмоцентры 3-го уровня в Хабаровском крае сформированы на базе центральных районных больниц Вяземского и Нанайского муниципальных районов, расположенные соответственно на федеральной трассе М-60 «Уссури» Хабаровск – Владивосток и автомобильной трассе краевого значения Хабаровск – Комсомольск-на-Амуре. В их структуре имеются хирургические отделения с выделением травматологических коек и отделения анестезиологии и реанимации. Специалисты представлены врачами-хирургами, травматологами, анестезиологами-реаниматологами.

По показаниям травмоцентры 3-го уровня имеют возможность привлечения в течение 1-2 часов травматолога, нейрохирурга, сосудистого хирурга, врача-хирурга по сочетанной травме, других узких специалистов за счет санитарной авиации, а также направить пострадавших в травмоцентр 1-го и 2-го уровней.

Во всех остальных сельских муниципальных образованиях Хабаровского края органами управления здравоохранения с привлечением специалистов травмоцентров и профильных кафедр образовательных учреждений проведены организационные мероприятия с домовыми хозяйствами и специалистами от фельдшерско-акушерских пунктов до центральных районных больниц, которые включали обучение жителей отдаленных сельских и северных территорий края навыкам первой помощи при травме, укомплектование фельдшерско-акушерских пунктов, амбулаторий, участковых больниц, районных и центральных районных больниц, машин станции скорой медицинской помощи средствами оказания первой медицинской помощи при травме и оснащение средствами связи, а также разработку регламентов, включающих объем медицинских мероприятий и порядок их выполнения,

на месте ДТП, при транспортировке, а также непосредственно в стационаре и прочее.

Результаты исследования

Проводимые мероприятия позволили существенно увеличить объемы и качество медицинской помощи (табл. 2).

Из таблицы 2 следует, что в период с 2008 по 2012 гг. число пострадавших, обратившихся в травмоцентр 1-го уровня после ДТП, увеличилось в 1,26 раза. При этом число госпитализаций увеличилось в 3 раза. Если в 2008 году из числа пострадавших госпитализировалось только 14,3 %, то в 2012 году – уже 34,1 %, что свидетельствует как об увеличении числа пострадавших, так и тяжести травмы. В указанный период вследствие нарастания тяжести травмы произошло резкое увеличение числа госпитализации в травматологическое (в 2,31 раза) и нейрохирургическое (в 4,23 раза) отделения. Обращает на себя внимание, что в течение 2008-2012 гг. сложилась устойчивая тенденция снижения как общей летальности среди пострадавших в ДТП – с 8,6 до 4,8 % ($p < 0,05$; $t = 2,035$), так и послеоперационной летальности – с 11,7 до 5,7 % ($p < 0,05$; $t = 2,012$). Эти данные свидетельствуют о том, что, несмотря на нарастание тяжести травмы после ДТП, использование современных медицинских и организационных технологий позволило существенно повысить эффективность лечения.

Выводы

Таким образом, создание в Хабаровском крае травмоцентра 1-го уровня позволило в течение 2008–2012 гг. значительно повысить эффективность медицинской помощи пострадавшим в ДТП.

Литература

1. Боброва А.В. Основные особенности организации медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях : материалы III Международной научной студенческой конференции «Научный потенциал студенчества в XX веке». Том первый. Естественные и точные науки. Технические и прикладные науки. – Ставрополь: СевКавГТУ, 2009. – С. 278.
2. Доклад «Безопасность дорожного движения в России: современное состояние и неотложные меры по улучшению ситуации». – М. : Институт экономики транспорта и транспортной политики НИУ «Высшая школа экономики», 2013. – 25 с.
3. Королев В.М., Кораблев В.Н. Организация медицинской помощи пострадавшим с сочетанной трав-

мой в условиях травмоцентра первого уровня. – Хабаровск: Изд-во ДВГМУ, 2012. – 98 с.

4. Health 21: the health for all policy framework for the WHO European Region // Eur. Health for All Series. – № 6. – Copenhagen, 1999. [Электронный ресурс] / Режим доступа: http://en.wikipedia.org/wiki/Health_21.

5. Hessmann M.H., Rommens P.M. Early in-hospital polytrauma management: experience with standardized treatment protocols at a Level I university Trauma Center. – The European J. of trauma and emergency surgery. – 1999. – Vol. 22. – № 3. – P. 18.

6. WHO. The World Health Report 1998. Life in the 21 Century: a Vision for All. – Geneva, 1998.

Координаты для связи с авторами: Королев Владимир Михайлович – канд. мед. наук, врач высшей квалификационной категории, заместитель главного врача по хирургии КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», тел.: 8-(4212)-47-42-65, +7-914-217-70-41, e-mail: vmkorolev@inbox.ru.

