

ОСОБЛИВОСТІ РАНЬОГО ГОСПІТАЛЬНОГО ЕТАПУ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ ІЗ ПОЛІТРАВМОЮ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВНАСЛІДОК ДОРОЖНЬО-ТРАНСПОРТНИХ ПРИГОД

Ю. В. Шкатула,

Медичний інститут Сумського державного університету, м. Суми

У статті проаналізовано клініко-епідеміологічні характеристики високоенергетичних механічних ушкоджень, отриманих дітьми внаслідок дорожніх пригод, досліджено особливості організації невідкладної спеціалізованої медичної допомоги на ранньому госпітальному етапі.

Ключові слова: діти, політравма, дорожньо-транспортні пригоди, ранній госпітальний етап, невідкладна спеціалізована медична допомога.

ВСТУП

Дитячий дорожньо-транспортний травматизм в Україні становить надзвичайно актуальну проблему, масштаб і наслідки якої необхідно розглядати серед чинників ризику національної безпеки. Останніми роками ситуація загострилася внаслідок стрімкого зростання кількості власного автотранспорту при дуже незадовільній дорожній інфраструктурі [2, 5].

Дорожньо-транспортні пригоди за участі дітей призводять не тільки до економічних втрат, а й посилюють несприятливі демографічні тенденції.

Сьогодні травми, отримані під час дорожньо-транспортних пригод, є основною причиною смерті серед 15–19-річних осіб та другою причиною смертності 5–14-річних дітей [1, 3, 4, 7].

За останні десять років в Україні внаслідок дорожньо-транспортних пригод загинуло більше 3 тисяч дітей і було травмовано близько 50 тисяч [6].

За оперативно-аналітичними даними, смертність постраждалих у дорожніх пригодах становить близько 14 випадків на 100 травмованих, що у 5–7 разів більше, ніж у розвинених країнах (Німеччині, Великій Британії, Сполучених Штатах Америки, Японії, Італії та інших) [8, 9].

З метою підвищення ефективності системи надання медичної допомоги дітям, які постраждали у результаті дорожньо-транспортних пригод, згідно з вимогами та критеріями доказової медицини ми вирішили вивчити та проаналізувати клініко-епідеміологічні та клініко-нозологічні характеристики отриманих пошкоджень, дослідити особливості організації невідкладної спеціалізованої допомоги на ранньому госпітальному етапі.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проаналізовані супровідна документація служби швидкої медичної допомоги, історії хвороби та амбулаторні карти розвитку дітей, які перебували на лікуванні у медичних закладах Сумської області з приводу політравми, отриманої під час дорожньо-транспортних пригод у 2002–2012 роках.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За останні 10 років (у період із 2002 до 2012 року) у приймальному відділенні Сумської обласної дитячої клінічної лікарні було зафіксовано 285 звернень дітей, які постраждали у дорожньо-транспортних пригодах. 206 травмованих, або 72,3 % від загального масиву, було доправлено каретою міської служби швидкої медичної допомоги або обласного

територіального центру екстреної медичної допомоги. У 79 випадках (27,7 %) постраждали були доставлені батьками, родичами, учасниками дорожнього руху чи сторонніми свідками.

106 постраждалих дитячого віку (або 37,2 %) було госпіталізовано у педіатричні стаціонари, або у спеціалізовані відділення інших лікувальних закладів обласного центру. Серед госпіталізованих у 43 дітей було діагностовано політравму, або згідно із загальноприйнятими визначеннями – множинні чи поєднані пошкодження, одне з яких становило загрозу життю постраждалого. Саме ці травмовані стали масивом нашого дослідження.

Четверо постраждалих із політравмою, отриманою внаслідок дорожньої пригоди (9,3 %), були госпіталізовані у травматологічні чи хірургічні відділення селищних або центральних районних лікарень, звідки терміном до 5 діб були переведені у спеціалізовані стаціонари обласного центру.

Серед дітей із політравмою, які постраждали внаслідок дорожньо-транспортних пригод, 65,1 % були пішоходами, 9,3 % – пасажирами транспортних засобів, які зазнали аварії, 25,6 % – водіями (головним чином мотоциклів, мопедів та моторолерів). Необхідно зазначити, що відсоток постраждалих дітей із політравмою, які були учасниками дорожнього руху як водії транспортного засобу, за останнє десятиріччя зріс майже утричі.

Установлено, що серед усіх постраждалих дітей із політравмою, які отримали її під час ДТП, 76,7 % було травмовано у теплу пору року (травень–вересень). Виявлену закономірність можна пояснити масовою міграцією автотранспортом сімей із дітьми до місць відпочинку, а також тим, що під час тривалих літніх канікул діти залишаються без відповідного батьківського нагляду.

Останніми роками у Сумському регіоні налагоджено систему завчасного інформування приймальної лікувальної установи про факт отримання травми, тяжкість стану, проведені заходи та їх ефективність, завдяки чому проводиться попередня підготовка лікувально-діагностичної апаратури, додатково викликаються профільні медичні фахівці.

Ми вирішили провести розподіл масиву дослідження згідно з віковою ознакою. Результати розподілу подано в табл. 1.

Таблиця 1 – Розподіл масиву постраждалих, які отримали політравму внаслідок дорожньо-транспортної пригоди, залежно від віку

Вік (роки)	Загальний масив		
	абс.	%	Ri*
1–3	3	6,9	5
4–6	7	16,3	4
7–12	12	27,9	1
13–15	10	23,3	3
16–18	11	25,6	2
Разом	43	100	–

Примітка: *Ri – ранг

Дані таблиці свідчать, що найчастіше тяжкі механічні ушкодження отримували постраждалі у вікових групах від 7 до 12 років (27,9 %), від 13 до 15 років (23,3 %) та від 16 до 18 років (25,6 %).

Характер поєднання пошкоджень у масиві дослідження наведено в табл. 2.

Таблиця 2 – Розподіл постраждалих залежно від поєднання пошкоджень

Поєднання пошкоджень	n	Питома вага (%)	Ri
чжкг*	1	2,3	5
чг	2	4,7	4
чх	4	9,3	3
чк	11	25,6	2
чж	1	2,3	5
чтк	1	2,3	5
чжк	2	4,7	4
гк	2	4,7	4
гкт	1	2,3	5
гж	1	2,3	5
к	13	30,2	1
кх	2	4,7	4
кт	1	2,3	5
кж	1	2,3	5
Разом	43	100	

Примітка: *ч – череп, г – грудна клітка, т – таз, х – хребет, ж – живіт, к – кінцівки

Дані, наведені в таблиці, свідчать, що перше рангове місце займають постраждалі з множинними переломами кінцівок (30,2 %). На другому місці перебували діти з поєднанням черепно-мозкової травми та переломів кінцівок (25,6 %). Потрібно підкреслити, що 51,2 % (22 особи) мали поєднану з іншими ушкодженнями черепно-мозкову травму.

З дітей із політравмою 4 особи (9,3 %) були госпіталізовані у реанімаційне відділення обласної дитячої клінічної лікарні, 18 осіб (41,9 %) було госпіталізовано у травматологічне відділення, 16 (37,2 %) – у хірургічне відділення. Решта постраждалих (11,6 %) була транспортована і госпіталізована в інші лікувальні заклади (4 особи (9,3 %) – у нейрохірургічне відділення обласної клінічної лікарні і 1 дитина (2,3 %) – у щелепно-лицьове відділення цієї ж лікарні).

На ранньому госпітальному етапі 69,8 % постраждалих були консультовані спеціалістами, які залучалися з інших лікувальних закладів або були екстрено викликані з дому.

27,9 % травмованих дітей були прооперовані залученими спеціалістами в ургентному порядку.

Оперативні втручання, що виконувалися запрошеними лікарями-спеціалістами, були різноманітними: первинна хірургічна обробка ран, накладання системи постійного скелетного витягу, закриті та відкриті репозиції переломів, лапароскопія і торакопункція. Таким чином, наведений перелік оперативних втручань свідчить про необхідність маніпуляцій у всіх анатомо-функціональних ділянках.

ВИСНОВКИ

1. Система надання медичної допомоги дітям, які постраждали у результаті дорожньо-транспортних пригод, потребує суттєвої реорганізації – обсяг та зміст медичної допомоги дітям у центральних районних лікарнях доцільно обмежити заходами, спрямованими на збереження життя постраждалих та попередження життєво небезпечних ускладнень, а подальше спеціалізоване лікування необхідно у невідкладному порядку надавати у притрасових лікарнях або обласному педіатричному стаціонарі.

2. Дієвим засобом скорочення часу догоспітального періоду є максимальне зменшення випадків перевезення постраждалої дитини з одного лікувального закладу в інший. З цією метою при обласній дитячій лікарні необхідно створити єдиний територіально- та функціонально об'єднаний структурний підрозділ, обладнаний сучасною апаратурою та

устаткуванням, з максимальною концентрацією лікарів-спеціалістів (нейрохірурга, травматолога, хірурга, судинного хірурга, реаніматолога) та цілодобовою можливістю проведення томографічного, сонографічного дослідження.

3. Оперативна взаємодія служби швидкої медичної допомоги, санітарної авіації, притрасових лікарень та багатопрофільних педіатричних стаціонарів забезпечує умови евакуації постраждалих на етап спеціалізованої медичної допомоги у стислі терміни, скорочення частоти ускладнень, зниження летальності.

ОСОБЕННОСТИ РАННЕГО ГОСПИТАЛЬНОГО ЭТАПА ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПОЛИТРАВМОЙ, ПОСТРАДАВШИХ ВСЛЕДСТВИЕ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ

Ю. В. Шкатула,

Медицинский институт Сумского государственного университета, г. Сумы

В статье проанализированы клинико-эпидемиологические характеристики высокоэнергетических механических повреждений, полученных детьми в результате дорожных происшествий, исследованы особенности организации неотложной медицинской помощи на раннем госпитальном этапе.

Ключевые слова: дети, политравма, дорожно-транспортные происшествия, ранний госпитальный этап, неотложная специализированная медицинская помощь.

ORGANIZATION AND TACTICS OF RENDERING EMERGENCY AID FOR CHILDREN WITH INJURIES RECEIVED IN THE TRAFFIC ACCIDENTS

Y. V. Shkatula,

Medical Institute of Sumy State University, Sumy

In the article the authors have analyzed clinical-epidemiological characteristics of traumatic multiple injuries received in the traffic accidents by children. The peculiarities of emergency medical care organization at the early hospital stage have been studied.

Key words: children, traumatism, traffic accidents, emergency medical care.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Дорожно-транспортный травматизм: алгоритмы и стандарты оказания скорой медицинской помощи пострадавшим в ДТП (догоспитальный этап) / С. Ф. Багненко, В. В. Стожаров, А. Г. Мирошниченко и др. – СПб.: ИПК «КОСТА», 2007. – 380 с.
2. Богдан О. В. Дорожно-транспортный травматизм у сучасних умовах // Травма. – 2010. – № 2. – С. 123–126.
3. Губайдуллин М. И. Дефекты оказания медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях на госпитальном этапе (обзор отечественной и зарубежной литературы) / М. И. Губайдуллин, Р. Я. Сафин, С. И. Зарков // Вестник Южно-Уральского государственного университета. – 2010. – № 19–23. – С. 84–88.
4. Езельская Л. В. Кадровое обеспечение организации специализированной медицинской помощи детям, пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях / Л. В. Езельская, С. Г. Суворов // Медицина катастроф. – 2011. – № 4. – С. 30–33.
5. Корж Н. А. Дорожно-транспортный травматизм – основной фактор роста политравмы в Украине. Медицинские проблемы догоспитального этапа / Н. А. Корж, В. А. Танькут, В. Д. Шищук, В. В. Донцов // Травма. – 2005. – Т. 6, № 1. – С. 9–12.
6. Національна доповідь про стан техногенної та природної безпеки в Україні [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.mns.gov.ua>
7. Система организации и оказания неотложной специализированной медицинской помощи детям, пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях / В. М. Розин, С. Ф. Гончаров, И. А. Макаров, С. Г. Суворов, В. И. Потапов, Л. В. Езельская, Ю. В. Дивилина // Медицина катастроф. – 2010. – № 2. – С. 58–61.
8. Яременко Д. О. Основні напрямки удосконалення організації медичної допомоги під час дорожньо-транспортних травм на догоспітальному етапі / Д. О. Яременко, О. Г. Шевченко, О. О. Зайцев, Н. П. Довбін // Политравма, неотложная медицинская помощь: сб. статей. – 2005. – С. 18–22.
9. Thompson E. S., Perkowski P., Villarreal D. et al. Morbidity and mortality of children following motor vehicle crashes. Arch Surg. – 2003. – Vol. 138 (2). – P. 142–145.

Надійшла до редакції 12 жовтня 2012 р.