

НОВЫЙ ПОДХОД К РЕШЕНИЮ ПРОБЛЕМЫ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОГО ТРАВМАТИЗМА В СЕЛЬСКОХОЗЯЙСТВЕННЫХ РАЙОНАХ

И.Г. Файзуллин

Центральная районная больница (главврач — И.Г. Файзуллин) Рыбно-Слободского района РТ

В Республике Татарстан с 1995 по первую половину 1999 г. произошло 18376 дорожно-транспортных происшествий (ДТП). В них пострадали 23558 человек, погибли 3525, получили ранения 20033. Показатель тяжести ДТП за этот период составил в среднем 14,8. Наметившаяся тенденция к снижению тяжести ДТП соответственно в 1995, 1996, 1997, 1998 гг. была достаточно показательной: 26,9; 17,6; 16,9; 13,7; 11,8. Несмотря на это, Татарстан выглядит неблагополучно на фоне других территорий Российской Федерации. С целью выявления причинно-следственных связей тяжести ДТП нами проведено углубленное их исследование за указанный период на территории городов и сельскохозяйственных районов. В городах зарегистрировано 7521 (41,5%) ДТП, в сельскохозяйственных районах — 10855 (58,5%) ДТП. Пострадавших в том же соответствии было 8561 (36,3%) и 14997 (63,7%), из них в городах погибли 759 (21,5%) человек, в сельскохозяйственных районах — 2766 (78,5%). Численное соотношение пострадавших и погибших составило 1:3,7; доля раненых — соответственно 38,9% и 61,6%. Тяжесть ДТП для города в среднем составляет 9,0, для сельскохозяйственных районов — 21,4, соотношение — 1: 2,4. Показатель тяжести ДТП на уровне городов за указанный период неуклонно понижался, составляя соответственно по годам от 10,8 в 1995 г. до 6,3 в 1999 г. (в среднем 9,0).

На территории сельскохозяйственных районов какой-либо тенденции к уменьшению показателей тяжести ДТП не выявлено. Величина ДТП колебалась от 18,6 в 1997 г. до 23,7 в 1998 г. (в среднем за год 21,8). Фактически на территории сельскохозяйственных районов в ДТП на 100 пострадавших погибает на 13 человек больше. Проведенная работа позволила выявить влияние временных показателей при оказании медицинской помощи на ее качество. Тяжесть ДТП по Рыбно-Слободскому району составила

30,7 (по данным 1995 г.). В течение следующих трех лет (1996—1998) показатель тяжести ДТП незначительно снизился: с 25,0 в 1996 г. (первый год функционирования трассовой службы экстренной медицинской помощи — ЭМП) до 22,2 в 1997 г. и 22,4 в 1998 г. Аналогичные показатели тяжести ДТП за это время, как и в Алексеевском районе, соответственно по годам составили 27,2; 25,0; 23,8. Амплитуда колебаний для обоих районов была практически одинаковой, что связано с созданием и функционированием на трассах Казань—Набережные Челны, Казань — Оренбург трассовой службы ЭМП.

Отсутствие стойкой тенденции к снижению тяжести ДТП в 1996—1998 гг. позволяет сделать вывод, что трассовая служба ЭМП объективно исчерпала свои возможности как система по снижению тяжести ДТП и требует нового концептуального подхода к решению проблемы оказания медицинской помощи пострадавшим. Массовость поражения и этиологическая многофакторность ДТП диктуют необходимость особого подхода при организации медицинской помощи пораженным, а при отдельных видах поражений — необходимость квалифицированного реанимационного пособия и специализированной медицинской помощи при ДТП в системе практического здравоохранения района.

С целью улучшения медицинского обеспечения пострадавших при ДТП по инициативе администрации Рыбно-Слободского района, Республиканского центра медицины катастроф Министерства здравоохранения Республики Татарстан в качестве экспериментального аппарирования интеграции подвижных формирований службы медицины катастроф Республики Татарстан (медицинский отряд быстрого реагирования РЦМК МЗ РТ и практического здравоохранения Рыбно-Слободского района) создана интегрированная система организации ЭМП ДТП. В основу интегри-

рованной системы оказания ЭМП при ДТП положена организация взаимодействия службы медицины катастроф и практического здравоохранения сельскохозяйственного района.

Составные части системы:

- медицинский отряд быстрого реагирования (МОБР) Республиканского центра медицины катастроф;
- подвижная реаниматологическая бригада центральной районной больницы (ЦРБ);
- отделение ГИБДД отдела внутренних дел Рыбно-Слободского района;
- подвижный пост милиции со средним медицинским работником (фельдшером, медицинской сестрой);
- мобильный лечебно-диагностический комплекс на базе автомобиля КамАЗ;
- базовые лечебно-профилактические учреждения республиканской службы медицины катастроф;
- лечебно-профилактические учреждения здравоохранения района (ЦРБ, участковые больницы, расположенные в непосредственной близости от трассы — не более чем на 10 км).

Основным функциональным звеном системы является реаниматологическая группа ЦРБ в составе врача анестезиолога-реаниматолога, сестры-анестезиолога, сестры службы скорой и неотложной медицинской помощи, водителя-санитара. Сведения о ДТП поступают от подвижного поста милиции (в составе которого находится средний медицинский работник) в отделение ГИБДД отдела внутренних дел района и непосредственно оперативному дежурному управления ГИБДД Министерства внутренних дел республики (через систему "Моторола"). Соответственно из данных органов управления ГИБДД сигнал о ДТП поступает оперативному дежурному Республиканского центра медицины катастроф. При получении информации о ДТП центр оценивает обстановку, осуществляет прогноз ее развития, принимает решения о применении сил и средств из состава медицинского отряда быстрого реагирования (количество и состав) и об их доставке к месту назначения (район ДТП, участковая больница, ЦРБ). Далее силами медицинских формирований оказывается квали-

фицированная специализированная медицинская помощь пострадавшим в ДТП с организацией медицинского снабжения в зависимости от складывающейся обстановки. При получении сигнала о ДТП дежурный врач ЦРБ принимает (во всех случаях) решение о выдвижении в район ДТП реаниматологической бригады. При отсутствии врача-анестезиолога (отпуск и т.п.) его замещает врач-хирург. Тактика оказания медицинской помощи и эвакуационных мероприятий разрабатывается в зависимости от числа пострадавших, клинической формы поражения и тяжести состояния.

Для оценки эффективности интегрированной системы оказания ЭМП пострадавшим в ДТП на территориальном уровне проведен сравнительный анализ ее качества. В Рыбно-Слободском районе первую медицинскую помощь в 1995 г. на месте ДТП (непосредственно после ДТП) получили 2,4% пострадавших, в течение 0,5 ч — 14,3%, через один час и более после ДТП — основная доля пострадавших (88,3%). Доврачебную помощь в данной группе получили 78,4% пострадавших, причем в течение 30 минут — 16,7%, одного часа — 33%, более одного часа при тяжести ДТП 21,7 — 50%. Отсюда можно сделать вывод о взаимозависимости времени и качества оказания медицинской помощи. Вывод подтвержден данными за 1999 г.

На месте ДТП помощь получили 16% пострадавших, через полчаса — 82,2%, через один час и более — 1,8% при тяжести ДТП 17,8 (при отсутствии интегрированной системы в Алексеевском районе тяжесть ДТП за 1999 г. составила 25,6). Первая медицинская помощь на месте ДТП оказана 7,6% пострадавшим, через полчаса — 41,1%, через один час и более — 51,3%; доврачебная и первая врачебная помощь через 0,5 часа — 35,8%, один час — 33,3%, один час и более — 30,9%.

Анализ деятельности интегрированной системы ЭМП при ДТП в Рыбно-Слободском районе показывает снижение тяжести до 17,2 по сравнению со средним показателем (23,2).

Таким образом, правомочен следующий вывод: качество медицинской помощи пострадавшим в ДТП зависит от времени ее оказания.