

УДК 616.831—001 (477)

Порівняльна оцінка частоти виявлення черепно-мозкової травми у великих містах України

Поліщук М.Є., Марков О.В., Гайдаєв Ю.О., Комарницький С.В.,
Полторацький В.Г., Литвиненко А.Л., Скляр Р.А.

Міська лікарня швидкої медичної допомоги, м.Київ,
Лікарня швидкої медичної допомоги, м. Харків, Україна

Ключові слова: епідеміологія, черепно-мозкова травма, пошкодження, летальність, частота, динаміка.

Вступ. Черепно-мозкова травма (ЧМТ) — одна з найбільш складних проблем як в медичному, так і соціальному плані. Частота ЧМТ становить 2—4,2 на 1000 населення [4]. В структурі загального травматизму частка ЧМТ складає 30—40%, в структурі інвалідності — 25—30%, причому у 64% спостережень встановлюють інвалідність I та II групи [3]. За даними епідеміологічних досліджень, проведених в Україні, ЧМТ займає 3,14% в структурі загальної смертності, лікарняна летальність становить 2,33%, післяопераційна — 26,67% [4]. З усіх померлих на догоспітальному етапі у 60—70% основною причиною смерті є ЧМТ. Звертає увагу неоднорідність показників частоти ЧМТ в різних містах України: Київ — 1,53‰, Донецьк — 3,10‰, Керч — 3,73‰. Дані літератури [1,5] свідчать про зростання частоти черепно-мозкового пошкодження.

Матеріали і методи дослідження. Для порівняння динаміки частоти ЧМТ проведений аналіз потерпілих, госпіталізованих з ЧМТ, в нейрохірургічні відділення Києва та Харкова за останнє десятиріччя.

Для аналізу структури ЧМТ за 11 років проаналізовані показники нейротравми в лікарнях швидкої медичної допомоги (ЛШМД) Харкова та Києва.

В Харкові в ЛШМД функціонують два нейрохірургічних відділення для дорослих на 50 ліжок, відділення для дітей на 30 ліжок і відділення політравми на 55 ліжок (у 70—80% хворих виявляють нейрохірургічну патологію).

В Києві в складі центру невідкладної нейрохірургії ЛШМД функціонують відділення нейротравматологічне (на 50 ліжок), нейросудинне (на 50 ліжок) та хірургії хребта і спинного мозку (на 30 ліжок). Потерпілих з ЧМТ госпіталізують переважно в нейротравматологічне відділення.

Проаналізовані історії хвороби 58 652

пацієнтів, госпіталізованих протягом 11 років (1990—2000 рр.) з приводу ЧМТ, в тому числі в нейрохірургічні відділення ЛШМД Харкова — 34132, Києва — 24520. В дослідженні використовували статистичні карти, загальні дані відділу комп'ютерної реєстрації хворих та статистичного відділу, історії хвороби. Проведена статистична обробка отриманих результатів.

Характер і тяжкість ЧМТ встановлювали протягом 30 хв після госпіталізації потерпілого. Всім хворим проводили краніографію, аксіальну комп'ютерну томографію (АКТ) відразу після огляду нейрохірурга, а також при погіршенні стану хворого (зменшення рівня свідомості), появі вогнищевих неврологічних симптомів, судорог або за неефективності лікування. Всім хворим, у яких виявляли зміни на АКТ, проводили перед виписуванням контрольне дослідження.

Стан хворого оцінювали за загальноприйнятою схемою — за шкалою ком Глазго (ШКГ) та градацією згідно з рішеннями Всесоюзного пленуму правління нейрохірургів [2]. Стовбурові розлади оцінювали за шкалою Льеж.

Результати та їх обговорення. Проведений аналіз у великих містах України свідчить про збільшення кількості госпіталізованих до нейрохірургічних стаціонарів потерпілих з ЧМТ за останні роки: на 55% — у Харкові — відповідно з 2589 (у 1990 р.) до 4022 (у 2000 р.) та на 86% — у Києві — відповідно з 1446 (у 1990 р.) до 2695 (у 2000 р.).

На рис. 1, 2 наведені дані щодо кількості госпіталізованих хворих з ЧМТ в нейрохірургічні відділення Києва та Харкова. ЧМТ спостерігали у 80—83% пацієнтів молодого й середнього віку (до 60 років), 17—20% потерпілих були віком старше 60 років. Причиною ЧМТ в основному були дорожньо-транспортна пригода (ДТП), вулична та побутова травма.

Кількість хворих, госпіталізованих з при-

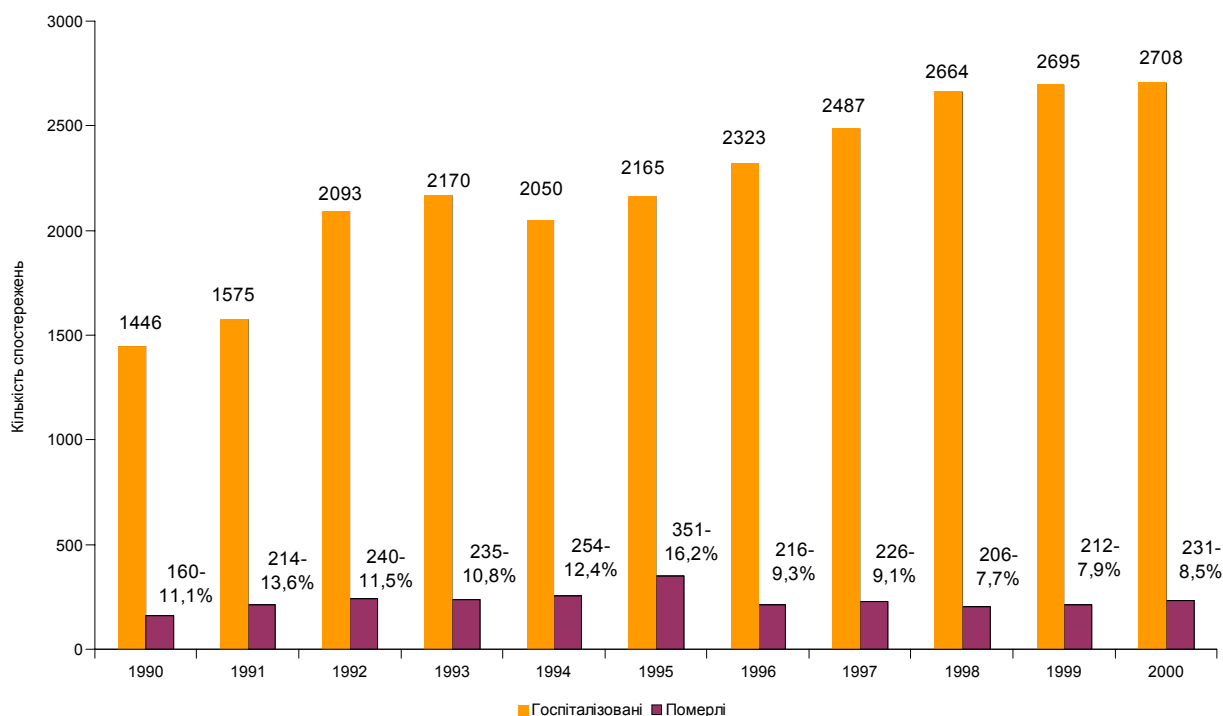


Рис.1. Динаміка госпіталізованих з ЧМТ та померлих в нейрохірургічній клініці ЛШМД Києва

воду струсу головного мозку, у Харкові становила 73—75%, у Києві — 42—56% у різні роки. Кількість хворих з забоем головного мозку в ЛШМД Києва за 10 років збільшилась з 467 (у 1990 р.) до 621 (у 2000 р.), компресії головного мозку — відповідно з 172 до 298.

Структура ЧМТ в нейрохірургічній клініці ЛШМД наведена на рис. 3.

В різні роки від 25 до 40% потерпілих отримали травму в стані алкогольного сп'яніння, що значно змінювало клінічні прояви травми. З відділення спецтравми ЛШМД Києва до нейроtraumatологічного відділення за рік з ЧМТ середньої тяжкості переводять 220 — 250 хворих, з яких 20 — 22 оперують з приводу внутрішньочерепної гематоми. Жоден хворий, госпіталізований у відділення спецтравми в стані алкогольної інтоксикації, не був оперований раніше ніж через 8 — 10 год, 50 % з них — через 14—15 год. Це суттєво впливає на результати лікування.

Виявлене значне збільшення кількості потерпілих з тяжкими формами ЧМТ — забоем та компресією головного мозку серед госпіталізованих в ЛШМД Києва і Харкова, хоча в Харкові також значно збільшилась кількість потерпілих, госпіталізованих з легкими формами ЧМТ.

Хірургічна активність в нейроtraumatологічному відділенні ЛШМД Харкова становила в різні роки 28,6—39,2%, Києва — 43,6—47,0%,

що свідчило про більшу тяжкість стану хворих у нейроtraumatологічному відділенні ЛШМД Києва. Це підтверджують і показники летальності в різні роки: у Харкові — 4,9—8,6%, у Києві — 11,5% та післяопераційної летальності — відповідно 12,8 та 19,2%.

Проведення КТ хворим з ЧМТ дозволило виявити патологічні зміни, що потребували хірургічного втручання, кількість операцій збільшилась з 854 за рік в “докомп'ютерну еру” до 1186 — при КТ обстеженні хворих у Харкові, тобто на 38,8%. Кількість хворих з хронічною субдуральною гематомою значно зменшилась (10—15 за рік). Це підтверджує положення про необхідність стандартизованої уніфікованої діагностики та лікування потерпілих з ЧМТ [4, 6, 7].

Всіх хворих з ЧМТ доцільно розподілити на групи з низьким, середнім та високим ризиком виникнення внутрішньочерепних ускладнень (ВЧУ):

Клінічні ознаки низького ризику ВЧУ:

- відсутність неврологічних симптомів;
- помірний головний біль;
- незначне запаморочення;
- забій м'яких тканин голови;

Клінічні ознаки середнього ризику ВЧУ:

- втрата свідомості або зниження її рівня в анамнезі, пов'язана з травмою голови;
- відсутність або недостатня інформація про наявність ЧМТ;

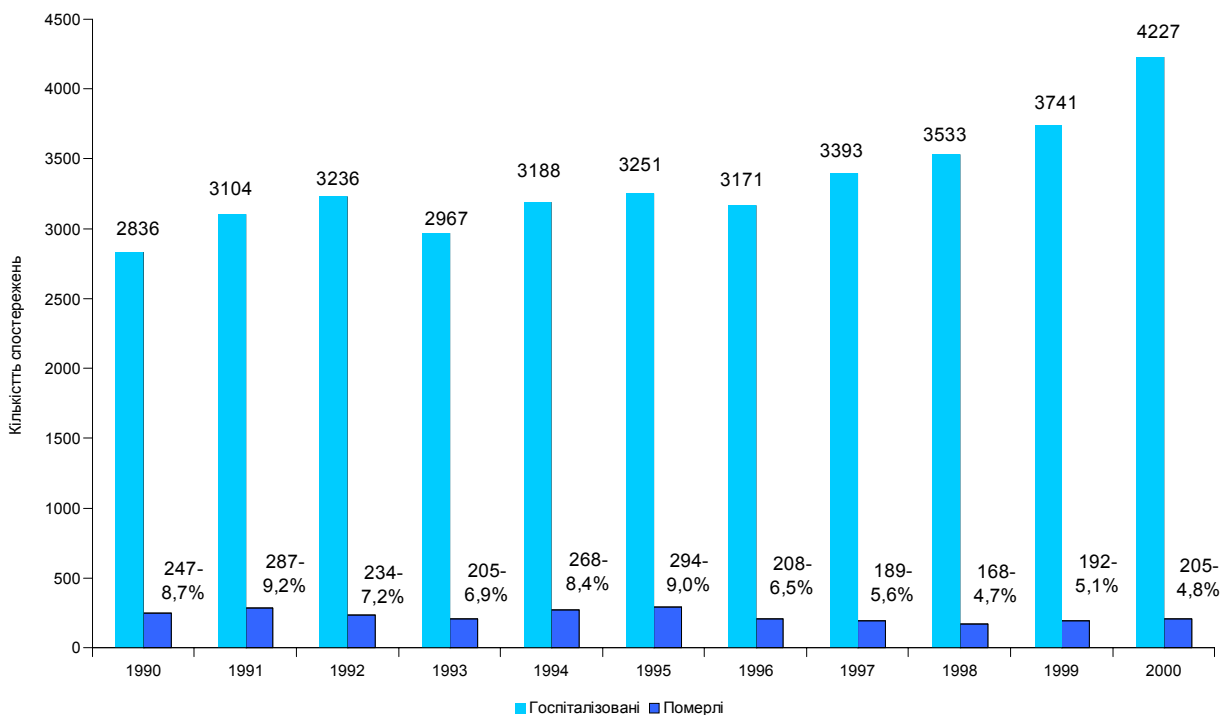


Рис.2. Динаміка госпіталізованих з ЧМТ та померлих в нейрохірургічній клініці ЛШМД Харкова

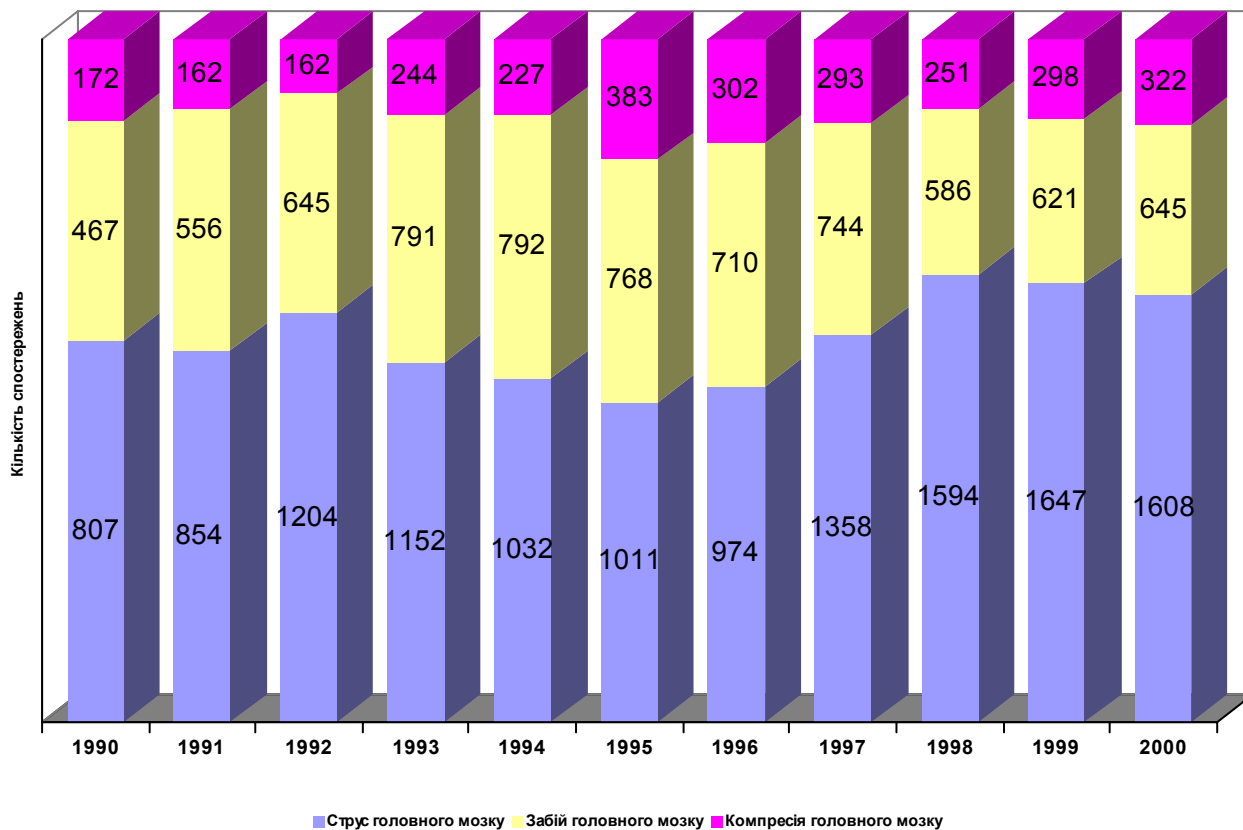


Рис.3. Структура ЧМТ в нейрохірургічній клініці ЛШМД Києва

- зростаюча інтенсивність головного болю;
 - блювання;
 - посттравматична амнезія;
 - алкогольна або інша інтоксикація;
 - посттравматичні приступи епілепсії;
 - вік менше 2 років;
 - ознаки перелому основи черепа;
 - припущення про побиття дитини батьками.
- Клінічні ознаки високого ризику ВЧУ:**
- зниження рівня свідомості, не пов'язане з вживанням алкоголю, лікарських засобів, метаболічними розладами або приступом епілепсії;
 - негативна динаміка рівня свідомості за ШКГ;
 - вогнищевий неврологічний дефіцит;
 - проникаюча ЧМТ;
 - втиснений перелом.
- У хворих з середнім та високим ризиком ВЧУ проводять:
- детальне збирання анамнезу;
 - загальне клінічне та неврологічне обстеження;
 - визначення рівня алкоголю в крові та токсикологічний скринінг;
 - загальний аналіз крові та визначення групи крові;
 - ЕКГ;
 - краніографію;
 - КТ;
 - госпіталізацію в нейрохірургічне відділення;
 - профілактичне призначення протисудомних препаратів;
 - моніторинг неврологічного статусу та рівня свідомості за ШКГ через кожні 30 хв
 - повторну КТ на 3-ю добу або раніше при погіршенні неврологічного стану;
 - моніторинг внутрішньочерепного тиску при погіршенні стану;
 - оперативне втручання за показаннями.

Висновки.1. В останні десятиріччя у великих містах України спостерігають значне (на 55—86%) збільшення частоти виникнення ЧМТ.

2. Введення стандартів обстеження та лікування потерпілих з ЧМТ у Києві та Харкові дозволило зменшити летальність від ЧМТ на 4%.

Список літератури

1. *Комарницький С.В., Шрамко В.І., Поліщук Л.Л. та ін.* Організація надання допомоги хворим з ЧМТ у відділенні нейротравматології ЛШМД м. Києва // Зб. наук. праць співробітників КМАПО ім. П.Л.Шупика.— К., 2000.— С.183—186.
2. *Коновалов А.Н., Лихтерман Л.Б., Потапов А.А.* Нейротравматология. — М.: Медицина, 1998. — 560 с.
3. *Морозов А.М.* Клініко-епідеміологічні особливості гострої черепно-мозкової травми і підвищення ефективності спеціалізованої нейрохірургічної допомоги в Україні: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.— К., 1999. — 34 с.
4. *Педаченко Г.А., Педаченко Е.Г., Морозов А.Н.* Принципы, алгоритмы и стандарты неотложной нейрохирургической помощи при острой черепно-мозговой травме // Укр. мед. альманах. — 1999.— Т.2, № 3. — С.73—78.
5. *Поліщук Н.Е., Педаченко Г.А., Поліщук Л.Л.* Алкогольная интоксикация в клинике неотложной нейрохирургии и неврологии. —К: Здоров'я, 2000.— 208 с.
6. *Поліщук Н.Е., Рассказов С.Ю.* Принципы ведения больного в неотложной неврологии и нейрохирургии. — К.: Здоровья, 1998.— 85с.
7. *Поліщук Н.Е., Рассказов С.Ю., Комарницький С.В.* Возможные подходы к диагностике и ведению больных с черепно-мозговой травмой // Ортопедия, травматология и протезирование.—2000.— № 3.— С.26—34.

Сравнительная оценка частоты выявления черепно-мозговой травмы в больших городах Украины

Поліщук М.Е., Марков О.В., Гайдаєв Ю.О., Комарницький С.В., Полторацький В.Г., Литвиненко А.Л., Скляр Р.А.

Анализ работы нейрохирургических клиник больниц скорой помощи Киева и Харькова свидетельствует о значительном увеличении (соответственно на 86 и 55%) количества пострадавших, госпитализированных по поводу черепно-мозговой травмы в последние 11 лет. Введение стандартов обследования и лечения больных способствовало снижению летальности на 4%.

The comparative evaluation of brain injuries frequency in large cities of Ukraine

Polischuk M.E., Markov O.V., Gaydayev Yu.O., Komarnitsky S.V., Poltoratsky V.G., Litvinenko A.L., Sklyar R.A.

Analysis of work of neurosurgical departments of Kyiv and Kharkiv Emergency Hospitals evidences for a significant increase (86% and 55% respectively) of patients quantity admitted with brain injury during the last 11 years. Introducing the standards of diagnostics and treatment has allowed to decrease mortality connected with brain injury for 4%.