

УДК 616.831-001.31-036.22

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Э.М. Мамытова, М.М. Мамытов, М.Ж. Сулайманов

Представлена клинично-эпидемиологическая характеристика острой черепно-мозговой травмы. Проведен анализ историй болезни больных, проходивших стационарное лечение в нейротравматологических отделениях.

Ключевые слова: черепно-мозговая травма; клинично-эпидемиологическая характеристика.

CLINIC AND EPIDEMIOLOGIC PECULIARITIES OF ACUTE TRAUMATIC BRAIN INJURY

E.M. Mamytova, M.M. Mamytov, M.Zh. Sulaymanov

There were presented clinic and epidemiologic characteristics of acute traumatic brain injury. Medical cards of patients treated in neurotraumatologic departments were analyzed.

Key words: traumatic brain injury; clinic and epidemiologic characteristics.

Актуальность. Черепно-мозговая травма (ЧМТ) остается одной из актуальных проблем медицины как в нашей стране, так и за рубежом. Это объясняется большой ее распространенностью среди населения, высоким уровнем временной нетрудоспособности и инвалидизации пострадавших, значительной смертностью, а также тем, что она чаще встречается у лиц молодого и среднего возраста, т. е. у наиболее активной в трудовом и социальном отношении части населения. В развитых странах травматизм в структуре причин смерти населения следует за сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями, а по наносимому обществу суммарному экономическому и медико-социальному ущербу ЧМТ занимает первое место [1–3].

Продолжающийся рост автомобилизации, механизации, неблагоприятная криминальная ситуация, вредные привычки, социально-психологическая напряженность в обществе ведут к нарастанию частоты травматизма среди населения, а повреждения черепа и головного мозга составляют более трети от числа всех травм [2–4] и ежегодно возрастают, по данным ВОЗ, не менее чем на 2 % [5, 6].

Частота черепно-мозговой травмы (ЧМТ) в разных странах колеблется от 2 до 4,5 на 1000 населения, а смертность – от 8 до 11–12 на 100000 на-

селения. В нашей республике эти цифры находятся в верхних пределах (4 и 11 соответственно) [7].

Во многих странах существуют многолетние программы по изучению различных аспектов черепно-мозговых травм. Одним из важных моментов исследований, проводимых в интересах планирования и совершенствования нейротравматологической помощи населению, является выявление эпидемиологии, которая позволяет определить распространенность, выявить причинно-следственные закономерности возникновения острой черепно-мозговой травмы (ОЧМТ) и ее последствий, удельный вес отдельных форм, динамику развития исходов.

Эти сведения необходимы также для разработки мер профилактики черепно-мозгового травматизма и его медико-социальных, экономических последствий. Следовательно, дальнейшее изучение различных аспектов черепно-мозговой травмы имеет не только медицинское, но и социально-экономическое значение.

Материалы и методы исследования. Исследование основано на анализе 387 историй болезни пострадавших с черепно-мозговой травмой различной степени тяжести 14–85 лет, находившихся на стационарном лечении в нейротравматологических отделениях № 1, 2 НГ МЗ КР г. Бишкек

Таблица 1 – Состав обследованных больных с ЧМТ

Тяжесть ЧМТ	Легкая ЧМТ	Средне-тяжелая ЧМТ	Тяжелая ЧМТ
клинические составляющие	ушиб мозга легкой степени	ушиб мозга средней степени, подострое и хроническое сдавление мозга	ушиб мозга тяжелой степени, ДАП и острое сдавление мозга
Всего n = 387	79	123	185
100 %	20,4	31,8	47,8

Таблица 2 – Распределение больных по виду травмы

Степень тяжести ЧМТ	Вид травмы				
	бытовая	дорожно-транспортная	спортивная	производственная	не установлен
Легкая	55	18	2	1	3
Среднетяжелая	92	24	2	1	4
Тяжелая	105	63	1	3	13
Всего, n = 387	252	105	5	5	20
100 %	65,1	27,1	1,3	1,3	5,2

Таблица 3 – Распределение больных по полу

Пол	Мужской	Женский
Всего, n = 387	323	64
100 %	83,5	16,5

Таблица 4 – Социальный статус исследуемых пациентов

Профессия	Учащийся	Студент	Служащий	Безработный	Пенсионер	Лицо, получающее пособие	Рабочий	Предприниматель	Военнослужащий	Группа не идентифицирована
Всего, n = 387	20	19	48	164	28	6	56	41	1	4
100 %	5,2	4,9	12,4	42,4	7,2	1,5	14,5	10,6	0,3	1,0

с января по декабрь 2011 г. Изучена структура и особенности механизмов ЧМТ, распределение пострадавших по полу и возрасту, распределение пострадавших по тяжести ЧМТ и клиническим формам, времени поступления при ЧМТ и др.

Результаты и их обсуждение. В исследовании было включено 387 больных с ЧМТ легкой, средней и тяжелой степени. Из них с ушибом легкой степени было 79 больных, с ушибом средней степени, по-

дострым и хроническим сдавлением мозга – 123, ушибом тяжелой степени, диффузным аксональным повреждением (ДАП), острым сдавлением мозга – 185 больных (таблица 1 и рисунок 1). Из данных таблицы и рисунка видно, что тяжелая ЧМТ (тяжелые ушибы мозга с ДАП и острым сдавлением мозга) преобладает над ЧМТ средней (ушибы мозга средней тяжести с подострым и хроническим сдавлением) и легкой степени тяжести (ушибы мозга легкой степени).

В зависимости от вида травмы подразделялись на бытовые, спортивные, дорожно-транспортные, производственные (таблица 2). Таблица показывает, что наибольший удельный вес приходится на долю травм, полученных в бытовых условиях: при падении с высоты, в результате драки и т. д. Этот вид травматизма составил 245 (63,3 %) случаев. Дорожно-транспортный травматизм отмечен в 27,1 %, производственная и спортивная травма имели место в 5 случаях каждая, и в 20 случаях вид травмы не был установлен.

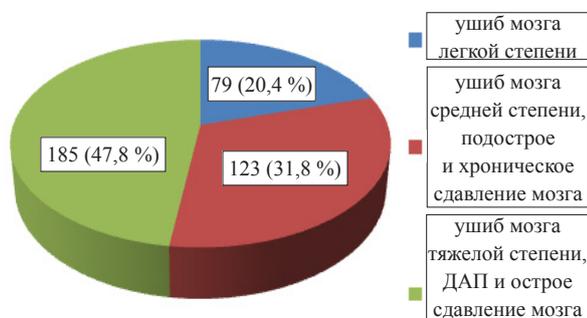


Рисунок 1 – Структура черепно-мозговых травм

Таблица 5 – Распределение больных по возрасту, лет

Возрастная группа	14	15–29	30–39	40–49	50–59	60–79	80 +
Всего, n = 387	2	142	103	65	42	30	4
100 %	0,5	36,7	26,6	16,8	10,8	7,7	1,0

Таблица 6 – Распределение больных по клиническим формам

Клиническая форма ЧМТ	Ушиб мозга легкой степени	Ушиб мозга средней степени	Ушиб мозга тяжелой степени	Ушиб мозга + сдавление мозга	Сочетание диффузного и очагового повреждения мозга
Всего, n = 387	79	88	32	184	4
100 %	20,4	23,0	8,3	47,5	1,0

Таблица 7 – Распределение больных по характеру ЧМТ

Тип ЧМТ	Открытая ЧМТ	Закрытая ЧМТ
Всего, n = 387	101 (проникающая – 2)	286
100 %	26,0	74,0

Таблица 8 – Частота встречаемости переломов черепа у обследованных больных

Тип перелома	Свод	Основания	Комбинированные
Всего, n = 378	78	23	31
100 %	20,6	6,0	8,2

Большинство авторов указывают, что ЧМТ чаще встречается у мужчин, чем у женщин. Также и в нашем исследовании соотношение мужчины/женщины среди пациентов с ЧМТ составляет 6:1 (таблица 3).

Анализ социального статуса демонстрирует большую частоту ЧМТ у неработающих пациентов – 164 больных (42,4 %) (таблица 4).

Нами была изучена распространенность ЧМТ в зависимости от возраста. Анализ распределения больных в зависимости от возраста выявил следующие особенности (таблица 5). Наибольший уровень травматизма отмечается у мужчин и у женщин в возрасте 15–29 лет и 30–39 лет, что составляет 36,6 и 26,6 % соответственно от общего количества пострадавших. Реже ЧМТ отмечалась в возрастной группе 40–46 лет, которая составила 16,8 %. На следующие возрастные группы приходилось соответственно 10,8 % (50–59 лет), 7,7 % (60–79 лет) и 1,5 % составляли лица подросткового и старческого возраста.

Среди причин получения травм как изолированных, так и сочетанных, одно из ведущих мест занимает злоупотребление алкоголем. В нашем исследовании 43 больных (11,1 %) получили травму в состоянии алкогольного опьянения.

Был проведен анализ частоты встречаемости клинических форм. Среди всех клинических форм наиболее часто встречался ушиб мозга, сочетаю-

щийся с его сдавлением – 184 случая (47,5 %), в 88 случаях имел место ушиб мозга средней степени тяжести, ушиб мозга легкой степени был зафиксирован у 79 больных, тяжелой степени – у 32 больных, в 4 случаях имело место сочетание диффузного и очагового повреждения мозга (таблица 6).

По характеру среди всех ЧМТ преобладала закрытая травма (286, 74 %), реже – открытая (101, 26 % пострадавших) (таблица 7).

Переломы отмечались, в основном, в группе со среднетяжелой и тяжелой травмами: у 78 (20,6 %) больных ЧМТ сопровождалась переломом свода, в 23 (6 %) случаях – переломом основания черепа, комбинированные переломы наблюдались у 31 (8,2 %) пострадавших (таблица 8).

Среди всех госпитализированных изолированная ЧМТ составила 90,7 % (351 случай), сочетанная ЧМТ – 9 % (35 случаев) и комбинированная ЧМТ – 0,3 % (1 случай) (таблица 9).

Обнаружено, что половина всех пострадавших в стационар поступило в течение первых 2–14 дней с момента травмы 206 чел. (53,2 %), в течение первых суток – 150 чел. (38,8 %) и в течение 15–45 дней 31 чел. (8 %) больных (таблица 10).

Таким образом, в результате анализа черепно-мозгового травматизма 387 больных, поступивших в нейротравматологические отделения в 2011 г. Были получены следующие клинико-эпидемиологические результаты:

Таблица 9 – Распределение больных по типу ЧМТ

Тип ЧМТ	Изолированная ЧМТ	Сочетанная ЧМТ	Комбинированная ЧМТ
Всего, n = 387	351	35	1
100 %	90,7	9,0	0,3

Таблица 10 – Сроки поступления в стационар больных с ЧМТ

Сроки поступления	0–24 часа	2–14 дней	15–45 дней
Всего, n = 387	150	206	31
100 %	38,8	53,2	8,0

1. Чаще страдают молодые мужчины трудоспособного возраста, без определенного рода деятельности. 1/10 поступивших находились в состоянии алкогольного опьянения.

2. В большинстве случаев обстоятельства ЧМТ связаны с бытовым травматизмом.

3. Превалировала в общей структуре изолированная закрытая тяжелая ЧМТ.

4. Доставка пострадавших в стационар с момента травмы в 38,8 % случаев проводилась в краткие сроки, в течение первых 24 часов.

5. Наиболее распространенной формой очагового поражения является ушиб мозга + сдавление мозга.

Литература

1. *Сергеев В.А.* Сравнительное клинико-психологическое исследование больных с отдалёнными последствиями черепно-мозговой травмы, осложнёнными алкогольной зависимостью: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В.А. Сергеев. Челябинск, 2006. 32 с.
2. *Шумаускас Р.К.* Эпидемиология травмы черепа и головного мозга в г. Вильнюсе, организация

медицинской помощи и совершенствование лечения данных больных: автореф. дис.... канд. мед. наук / Р.К. Шумаускас. СПб., 1998. 23 с.

3. Health-related quality of life during the first year after severe brain trauma with and without polytrauma / M. Lippertgruner, M. Maegele, H. Naverkamp et al. // *Brain Inj.* 2007. Vol. 21 (5). P. 451–455.
4. Нейрохирургия Санкт-Петербурга, 2000–2003 гг. / В.П. Берснев, Ю.А. Щербук, В.В. Щедренко и др. СПб.: ВВМ, 2004. 80 с.
5. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме / А.Н. Коновалов, Л.Б. Лихтерман, А.А. Потапов и др. М.: Антидор, 2002. Т. 1. 550 с.
6. *Крылов В.В.* Выбор трепанации в хирургии тяжелой черепно-мозговой травмы / В.В. Крылов, А.Э. Тальпов, Ю.В. Пурас // *Вопросы нейрохирургии.* 2007. № 1. С. 11–16.
7. *Мамытов М.М.* Оптимизация способов хирургического лечения травматической назальной ликворреи / М.М. Мамытов, К.Т. Мендибаев // *Наука и новые технологии.* 2001. № 3. С. 60–61.