

УДК 616.83—001:312,2

Анализ летальности при нейротравме в г.Харькове за период 1999—2001 гг.

Марков А.В.

Больница скорой медицинской помощи, г. Харьков, Украина

Проанализированы 374 истории болезни умерших от ЧМТ в г.Харькове за последние три года. Показано, что в структуре летальности доминируют уличная, бытовая и криминальная травмы. Особенную группу составляют больные, несвоевременно обследованные и поступившие в сознании. Определена необходимость динамического наблюдения за больными с ЧМТ и своевременного использования современных методов нейровизуализации.

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, смертность.

Введение. Качество оказания помощи и уровень смертности при ЧМТ являются косвенным отражением как состояния медицины, так и общества в целом. При этом именно нейротравматологическая смертность представляет собой краеугольный камень проблемы. По данным литературы, нейротравма составляет 30—40% в общей структуре травматизма, 25—30% — в структуре инвалидности (при этом 64% 1—2 группа инвалидности). В общей структуре смертности ЧМТ занимает 3,14%, больничная летальность составляет 2,33%, послеоперационная — 26,67%. Из всех умерших на догоспитальном этапе 60—70% это умершие от ЧМТ. В среднем частота ЧМТ по Украине составляет 2,75‰ ($\pm 0,02\%$) [3, 7, 9]. Обращают на себя внимание показатели смертности при сочетанной травме: в Украине — 13—14%, в Европе — 3—4%, в США — 1,3—1,4%. ЧМТ в структуре общей смертности по нейрохирургической патологии занимает 70,2%, в структуре общей травматологической смертности — 50—60% [5, 8]. Анализируя стационарную летальность при тяжелой ЧМТ, Лебедев Э.Д. [4] отмечает, что у 51,5% умерших полностью или частично не распознаются случаи травматического сдавления мозга (33,3% — гематомы). Он объясняет это недостаточным использованием КТ, отсутствием возможности круглосуточного использования этого исследования в многопрофильных больницах. В свою очередь другие авторы [1] указывают на то, что 31,6% умерших попадают в специализированный стационар в сроки от 6 ч до 2 нед с момента получения ЧМТ. Важным моментом в формировании общей структуры летальности при ЧМТ является пневмония, в 19,5% случаев развивающаяся в посттравматический

период. При этом 80% больных умирают, 13,3% становятся инвалидами [6]. Целью исследования явилось изучение летальности при ЧМТ в г. Харькове в последние 3 года (1999—2001) и выявить пути, позволяющие снизить уровень смертности.

Материал и методы. Проанализированы истории болезни 374 умерших после ЧМТ, которые находились на лечении в нейрохирургических отделениях Больницы скорой медицинской помощи г. Харькова. Два отделения по 50 коек обеспечивают специализированную помощь по нейротравме в городе. Больница укомплектована МРТ, имеет полный штат нейрохирургов для круглосуточного оказания специализированной помощи. Вместе с тем, МРТ работает только 10 ч в сутки.

Анализ летальности проводили по следующим показателям: место жительства, возраст, характер травмы (табл. 1), социальный статус (табл. 2), наличие алкоголя в крови при поступлении в стационар, пол, наличие видимых следов травмы на голове и очаговая неврологическая симптоматика. Отдельную группу составили умершие, поступившие в стационар в ясном сознании (ШКГ — 14—15 баллов), и умершие, у которых вовремя не диагностировали травматические повреждения мозга. Произведена статистическая выборка и обработка полученных результатов.

Анализ летальности провели в группе умерших, получивших травму во время эпилептического приступа, которые составили в среднем 10% (этих больных распределили по месту получения травмы: уличная, бытовая, производственная).

Среди исследуемых больных 70—85% составляли мужчины, 15—30% — женщины. Лица без определенного места жительства в 1999 и 2000 гг. составляли 5% и 6% соответственно, в

Таблица 1. Процент умерших в зависимости от характера травмы

Характер травмы	1999 г.	2000 г.	2001 г.
Уличная	33,5	35,5	29
Бытовая	26,5	29,5	31,5
ДТП	12	11	10,5
Насильственная	14,5	17	25,5
Производственная	3,5	3	3,5
Падение с высоты	—	4	—

Таблица 2. Процент умерших в зависимости от социального положения

Социальный статус	1999 г.	2000 г.	2001 г.
Неработающий	48	50,5	51
Служащий	7	6,5	5
Рабочий	23,5	20	17,5
Пенсионер	18	21	24
Учащийся	3,5	2	2,5

2001 г. — 9%. У 27—33% больных при поступлении в стационар в крови был обнаружен алкоголь. При поступлении в стационар очаговой неврологической симптоматики не отмечено у 20—29% больных. Без четко видимых следов травмы было 21—37% больных.

Количество умерших, поступивших в стационар в ясном сознании (ШКГ 14—15 баллов) составило 5% от общего числа летальных исходов. 59% в этой группе составляли лица пожилого возраста с неблагоприятными исходными данными (высокое АД, тахикардия, ИБС и другие заболевания), причиной смерти у них, наряду с ЧМТ, явилась соматическая патология. В период временной компенсации (светлый промежуток) поступили 30% больных в основном молодого и среднего возраста с тяжелыми внутричерепными осложнениями (гематомы). Больные с гнойными послеоперационными осложнениями составили 11%, каждый второй из них был прооперирован спустя 7—10 сут с момента поступления в стационар. Отдельную группу составили умершие с недиагностированными внутричерепными повреждениями (КТ либо вообще не проводилась, либо проводилась после диагностической операции; табл.3).

Таблица 3. Процент не обследованных и несвоевременно обследованных от общего числа умерших

1999 г.	2000 г.	2001 г.
33	42,5	45

У 34% больных, обследованных не своевременно, была пропущена патология, требовавшая оперативного вмешательства: контузионные очаги лобных и височных долей — у 20—23,5%; эпи-, субдуральные гематомы — у 2—7%; повреждения ЗЧЯ — у 2—3,5%.

У 3% при рентгенографии черепа не были обнаружены переломы, у 0,5% — при МРТ не выявили патологию, требовавшую операции.

Обсуждение полученных данных. Отмечены явная тенденция к росту в структуре смертности таких групп населения, как лица без определенного места жительства; неработающие, пенсионеры и значительный рост насильственной травмы в последние три года.

Фиксируется стабильно высокий процент умерших, получивших травму во время эпилептического приступа.

Такие показатели, как наличие алкогольного опьянения, пол, очаговая симптоматика и следы травмы на голове остаются стабильными. В то же время прослеживается четкая связь между умершими, поступившими в алкогольном опьянении, без очаговой неврологической симптоматики и без явных следов травмы на голове. Часто эти три фактора совпадали и именно у этих больных, поступавших как в ясном сознании, так и с нарушением последнего, допускали наибольшее количество диагностических ошибок.

Обращает на себя внимание доминировавшая группа умерших старшего возраста, поступивших в стационар в ясном сознании.

Следует отметить тот факт, что половина оперированных в отсроченный период (от 7 сут и более с момента поступления в стационар) умирали от гнойно-воспалительных осложнений.

Настораживает рост количества умерших больных, несвоевременно обследованных, при этом у трети из них пропускается патология, требующая операции.

Кроме того, не диагностируется часть переломов при рентгенологическом исследовании, что, по-видимому, связано с неадекватной укладкой больного на операционном столе.

Выводы. 1. В структуре летальности доминирующее место занимает бытовая, уличная и криминальная травма.

2. Особую группу составляют больные, поступающие в ясном сознании, а также несвоевременно обследованные больные.

3. Анализ летальности среди умерших от ЧМТ в г. Харькове свидетельствует о необходимости динамического наблюдения за больными с нейротравмой и своевременного применения современных методов нейровизуализации, что может снизить уровень смертности на 20—30%.

Список литературы

1. К вопросу о резервах уменьшения летальности при тяжелой черепно-мозговой травме / Филатова Ф.А., Гербер Ю.М., Седлов С.М. и др. // Материалы 2-го съезда нейрохирургов России. — Ниж.Новгород, 1998. — С.101.
2. Клиническая эпидемиология черепно-мозговой травмы / Педаченко Е.Г., Семисалов С.Я., Ельский В.Н., Кардаш А.М. — Донецк, 2002. — 155 с.
3. Лебедев Э.Д., Могучая О.В., Куликова Т.Н. Эпидемиология острых травм черепа и головного мозга в Ленинграде и Ленинградской области / Всесоюз. науч.-практ. конф., посвящен. итогам выполнения отраслевой науч.-техн. прогр. С.09 «Травма ЦНС» // Материалы Всесоюз. конф. нейрохирургов. — Одесса, 1991. — С.66—68.
4. Лебедев Э.Д. Анализ стационарной летальности при тяжелой черепно-мозговой травме // Бюл. УАН — 1998. — №5. — С.10.
5. Лихтерман Л.Б. К прогнозированию развития нейротравматологии до 2000 г. // Журн. Вопр. нейрохирургии. им. Н.Н. Бурденко. — 1979. — №5. — С.51—55.
6. Мамадалиев А.М. Исходы и прогнозы при тяжелой черепно-мозговой травме, осложнившейся пневмонией // Бюл. УАН. — 1998. — №7. — С.125—126.
7. Морозов А.М. Клинико-эпидемиологические особенности острой черепно-мозговой травмы и повышение эффективности специализированной помощи в Украине: Автореф. дис. ...д-ра мед. наук — К., 1999. — 293 с.
8. Педаченко Г.А. Курс избранных лекций по нейрохирургии ЧМТ и возраст пострадавших. — К., 1994. — 18 с.
9. Полищук Н.Е., Педаченко Г.А., Полищук Л.Л. Алкогольная интоксикация в клинике неотложной нейрохирургии и неврологии. — К., 2000. — 204 с.
10. Полищук Н.Е., Рассказов С.Ю. Принципы ведения больного в неотложной неврологии и нейрохирургии. — К., 1998. — 82 с.

Аналіз летальності при нейротравмі у м. Харкові за період 1999—2001 рр.

Марков О.В.

Проаналізовано 374 історії хвороби померлих від ЧМТ у м. Харкові за останні три роки. Показано, що в структурі летальності домінують вулична, побутова та кримінальна травми. Особливу групу становлять хворі, невчасно обстежені, та такі, що поступали притомними. Визначено необхідність динамічного спостереження за хворими з ЧМТ та своєчасного використання сучасних методів нейровізуалізації.

The analysis of neurotraumatic mortality in Kharkov for the last three years (1999—2001)

Markov A.W.

Analyzed 374 patient carts with trauma of brain with lethal outcomes last three years in Kharkov. Presented predominate street, domestic and criminal trauma in structure of mortality. Special group consists of patients noninspected time and delivered in clear conscious. Presented necessity of observation patient with trauma of brain and utilization contemporary methods of neurovisualisation.

Коментар

до статті Маркова А.В. “Аналіз летальності при нейротравме в г. Харківі за період 1999—2001 гг”

Робота має надзвичайно важливе значення для практичної охорони здоров'я. Прогнозування наслідків ЧМТ та з'ясування причин тяжких наслідків має не тільки важливе медичне, а й соціальне значення. Це дозволяє переглянути питання планування організації нейротравматологічної служби в містах України, що має важливе й економічне значення. А якщо врахувати, те, що ми на порозі до страхової медицини, котра збільшує вимоги до медиків та їхню відповідальність, то стають зрозумілими важливість саме таких досліджень.

На основі аналізу летальності 374 померлих від ЧМТ за 3 роки в нейротравматологічному відділенні м. Харкова автор показав значне домінування в структурі летальності вуличної, побутової та насильницької травми. ДТП при цьому займають четверте місце. Така структура летальності є показником соціально-економічного стану держави і викликає велику стурбованість.

Показником тяжкої ситуації в регіоні є також показник летальності серед непрацюючих (48—51%) та пенсіонерів (18—24%) та зростання летальності серед осіб без визначеного місця проживання (5%—6% у 1999—2000рр.) та 9% — у 2001р.

Кожен третій серед померлих був у стані алкогольного сп'яніння, та в кожного третього при поступленні в стаціонар не було відзначено вогнищевої неврологічної симптоматики. Ці фактори насторожують, оскільки при цьому виникають значні труднощі в діагностиці характеру та ступеня важкості травми. Це частіше всього обумовлено переоцінюванням ролі алкогольного сп'яніння та недооцінкою травми і свідчить про необхідність динамічного контролю неврологічного стану згідно зі стандартами кожні 30—40 хв.

Привертає увагу велика кількість серед померлих невчасно обстежених хворих (у 1999 р. — 33%, у 2000 р. — 42,5% і 45% — у 2001 р.). Не налагоджено цілодобову роботу комп'ютерного томографа в такому великому населеному пункті з великою кількістю нейротравми. Думаю, що це потребує певних висновків щодо організації нейротравматологічної служби м. Харкова оскільки у 34% випадків не діагностувалася патологія, що вимагала хірургічного втручання (епі-,субдуральні гематоми та контузійні вогнища лобових і скроневих часток).

Тривогу визиває той факт, що 50% померлих оперували через 7—10 діб після госпіталізації. Особливу увагу привертають померлі (5%), котрі поступають у стаціонар притомними. Ця група хворих потенційно повинна вижити, оскільки смерть настає внаслідок вторинних післятравматичних змін.

Особливу увагу необхідно звертати на хворих старших вікових груп. Незважаючи на незначну кількість людей такого віку серед травмованих вони склали 59% серед померлих, які прибули в стаціонар притомними. В 11% померлих були гнійно-запальні ускладнення, половину з них прооперували через 7—10 діб після госпіталізації.

Отже, проведений аналіз летальності серед хворих з ЧМТ по м. Харкову свідчить про те, що причиною тяжкої ЧМТ є складний соціально-економічний стан суспільства, а також про необхідність проведення суттєвих організаційних заходів з надання допомоги хворим із нейротравмою в Україні.

Робота має важливе значення для нейрохірургії і заслуговує публікації в профільному журналі. Подальше проведення досліджень може бути цікавим і в науковому плані.

*Доктор мед. наук, професор Поліщук М.Є.,
завідувач кафедри нейрохірургії
Київської медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика*