

УДК 614.8.028:616-001.1

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ В УКРАИНЕ

Н.К. Хобзей, Е.Г. Педаченко, В.А. Голик,
А.П. Гук, Н.А. Гондуленко (Киев, Днепропетровск)
МЗ Украины, Департамент развития медицинской помощи
ГУ «Институт нейрохирургии им. А.П. Ромоданова НАМН Украины»
ГУ «Украинский государственный НИИ медико-социальных проблем инвалидности МЗ Украины»

Резюме. В статье впервые за 20 лет представлены развернутые данные по эпидемиологии инвалидности вследствие черепно-мозговой травмы (ЧМТ) в Украине за период 2007–2010 гг. Проведен предварительный анализ структуры инвалидности в разрезе областей Украины. Намечены пути решения выявленных проблем.

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, последствия, инвалидность, медико-социальная экспертиза.

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) представляет собой значительную проблему, как в аспекте здравоохранения, так и социально-экономическую [24]. Она является ведущей причиной смерти и инвалидизации у взрослых молодого возраста, формируя 25–30% смертей от всех видов травм и большую долю причин пожизненного ограничения жизнедеятельности [25]. Согласно прогнозам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), к 2020 г. дорожно-транспортные происшествия, являющиеся основной причиной ЧМТ, будут занимать третье место среди ведущих причин глобального бремени болезней и травм после ишемической болезни сердца и монополярной большой депрессии [3]. По данным Консенсуса по исследованиям болезней мозга в Европе, более 700 тыс. европейцев страдают из-за последствий ЧМТ [22]. Исследование цены болезней мозга в Европе [23] выявило, что ежегодная стоимость ЧМТ и ее последствий составляет около 3 млрд евро.

Частота ЧМТ составляет 1,8–5,4 случая на 1000 населения и, по данным ВОЗ, отмечается ее ежегодный рост в среднем на 2% [3]. Согласно официальной статистике, в США ЧМТ встречается с частотой 200 случаев на 100 тыс. населения в год. Ежегодно в США около 500 тыс. человек получают ЧМТ, причем из них 450 тыс. попадают в стационар, а 50 тыс. умирают до того, как попадают в лечебное учреждение. Среди вышеупомянутых 450 тыс. стойкое ограничение жизнедеятельности отмечается у 100 тыс. в год, т.е. речь идет о показателе 22% инвалидизации среди первично выживших вследствие ЧМТ для страны с достаточно высоко развитой системой оказания неотложной первичной и специализированной медицинской помощи.

Среди причин ЧМТ в России преобладают бытовые факторы (50–78%), второе место занимает дорожно-транспортный (10–30%), третье – производственный фактор (12–15%) [9]. Ежегодно из общего числа впервые признанных инвалидами вследствие травм черепно-мозговой травмы генез инвалидности отмечается у более 35% [1]. По данным российских авторов, инвалидность вследствие ЧМТ, как правило, является длительной, и в 30–35% случаев устанавливается бессрочно.

В Украине ЧМТ ежегодно получают 100–200 тыс. человек, из них 11,5–13,5 тыс. детей до 15 лет. В структуре общего травматизма внутричерепные травмы составляют около 4% [4].

В Украине по причинам ЧМТ первое место занимают травмы, полученные в бытовых условиях (73,18%), второе – полученные на улице (12,83%), третье – дорожно-транспортные (8,6%), четвертое – производственные (1,37%), пятое – спортивные травмы (0,37%) [8]. Эти данные несколько отличаются от приведенных ВОЗ для развитых стран: в структуре ЧМТ также доминирует бытовой травматизм, но его вес значительно меньше (40–60%). На дорожно-транспортный травматизм приходится 20–30%, производственный – 4–12%, спортивный – 1,5–2% [2].

Последние годы нормативной документацией, регламентирующей функционирование системы медико-социальной экспертизы в Украине, являлись приказ №83 [18] с последующими изменениями [13–15; 19]. С 03.12.2009 г. в силу вступило постановление Кабинета Министров Украины №1317 «Питання медико-соціальної експертизи» [11], в котором внесены изме-

нення, необходимые в рамках Закона «Про реабилитацию инвалидов в Украине» [20], принятого в 2005 г. Указанное постановление также внесло изменения в «Положення про порядок, умови та критерії встановлення інвалідності», хотя до настоящего времени действует «Інструкція про встановлення груп інвалідності» [12;16], находящаяся в стадии переработки. На протяжении многих лет централизованным сбором ежегодной статистической информации по показателям инвалидности вследствие различных заболеваний и состояний занимается Украинский государственный НИИ медико-социальных проблем инвалидности, выпускается ежегодный аналитико-информационный справочник «Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України» [10]. Объем собираемой информации регламентируется формой №14, утвержденной Центром медицинской статистики МЗ Украины [17]. Согласно этим требованиям, применительно к травматическому поражению головного мозга, до настоящего времени осуществлялся только сбор информации, касающейся первичной инвалидности вследствие общего травматизма «класс XIX заболеваний: Травмы, отравления и некоторые другие последствия действия внешних причин» с детализацией по «травмам глаза и орбиты» и «производственным травмам и отравлениям». В 1977–1987 гг. в институте проводилась серия научно-исследовательских работ, посвященных различным аспектам ЧМТ (неврологический, психиатрический, офтальмо-, отоневрологический), в рамках которых исследовалась эпидемиология инвалидности вследствие ЧМТ. В последующем, т.е. на протяжении более 20 лет, централизованного сбора статистических данных по инвалидности вследствие ЧМТ на Украине не проводилось.

В настоящее время в Украине выполняется Отраслевая научно-техническая программа «Медицинская помощь при черепно-мозговой травме» на 2007–2012 гг. (приказ МЗ и АМН Украины от 11.08.2006 г. №556/52), в рамках которой поставлены задачи, касающиеся разработки и утверждения нормативных документов по современной судебно-медицинской и медико-социальной экспертизе пострадавших вследствие ЧМТ с позиций доказательной медицины (задача №7) и Межотраслевая комплексная программа «Здоровье нации» на 2002–2011 гг. (постановление Кабинета Министров Украины от 10.01.2002 г. № 14), которая предусматривает решение более глобальных вопросов, в т.ч. включающих последствия ЧМТ.

Цель работы – для оценки современного состояния инвалидности вследствие ЧМТ и ее последствий в Украине, с возможностью принятия обоснованных управленческих корректирующих решений, провести динамический мониторинг соответствующих показателей, характеризующих исходы травматического повреждения центральной нервной системы.

Материалы и методы

В 2007–2010 гг. путем запросов областными Центрами медико-социальной экспертизы (МСЭ) и центральным городским медико-социальным экспертным комиссиям (МСЭК) городов Киева и Севастополя нами собрана детализованная информация, касающаяся первичной инвалидности вследствие травм головы и ЧМТ. Врачам-статистикам МСЭК предложено представить информацию в соответствии с кодами МКБ-10: травмы головы (S00–S04), внутричерепные травмы (S06–S09), последствия внутричерепной травмы (T90.5). В рамках данного проекта отдельно собраны данные о первичной инвалидности вследствие сотрясения головного мозга (S06.0). Показатели первичной инвалидности традиционно представлены в формате «количество случаев на 10 тыс. населения».

Результаты исследования и их обсуждение

При совокупной оценке полного спектра травматического церебрального повреждения в рамках указанных кодов МКБ 10 (S00–S04 + S06–S09 + T90.5) следует отметить постепенное снижение показателя первичной инвалидности за рассматриваемый период (2007–2010 гг.): 1,71–1,70–1,55–1,44 для взрослого и 2,22–2,47–2,29–1,98 для трудоспособного населения. В перечне классов болезней, приводящих к инвалидности, показатель первичной инвалидности вследствие ЧМТ и ее последствий для взрослого населения в 2010 г. занял девятое место после болезней системы кровообращения (класс IX – 11,2), новообразований (класс II – 8,9), болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани (класс XIII – 4,9), расстройств психики и поведения (класс V – 2,7), инфекционных и паразитарных заболеваний (класс I – 2,6), заболеваний нервной системы (класс VI – 2,4), эндокринных заболеваний (класс IV – 2,0), заболеваний глаза и его придаточного аппарата (класс VII – 1,6). Показатель для населения трудоспособного возраста в 2010 г. занял в вышеуказанном перечне восьмое место.

При отдельной оценке инвалидности вследствие острой ЧМТ (коды МКБ 10 S00–S04 + S06–S09) и последствий ЧМТ (T90.5), отмечается аналогичная тенденция. Так, для острой ЧМТ динамика показателя первичной инвалидности за 4 года составила 0,72–0,72–0,64–0,59 и 0,96–1,04–0,95–0,80 для взрослого и трудоспособного населения соответственно. Четырехлетняя динамика показателя по причине «последствий ЧМТ» составляла 0,99–0,97–0,91–0,84 для взрослого и 1,45–1,42–1,34–1,17 для трудоспособного населения. Это подтверждает большую актуальность проблемы для пациентов наиболее активного в профессиональном и социальном аспектах возрастного периода.

Согласно МКБ-10, коды S00–S04 подразумевают отсутствие факта внутрочерепной травмы, а всего лишь травму мягких тканей головы, отдельных черепных нервов, что с учетом имеющейся нормативно-правовой базы медико-социальной экспертизы не предполагает наличия ограничений жизнедеятельности, выраженных в той степени, которая является основанием для установления группы инвалидности. С учетом имевшихся ранее эмпирических данных, полученных в процессе практики экспертно-реабилитационной диагностики нами, тем не менее, была запрошена информация о первичной инвалидности вследствие указанных кодов. Полученные данные свидетельствуют о том, в Украине существует показатель первичной инвалидности вследствие «травм головы» (коды S00–S04) с 4-летней динамикой 0,17–0,13–0,13–0,07 для взрослого населения и 0,18–0,18–0,17–0,09 для трудоспособного населения соответственно. В 2010 г. по указанному показателю лидировали как для взрослого, так и для трудоспособного населения Киевская (0,369/0,525), Кировоградская (0,348/0,516), Черкасская (0,317/0,389) и Луганская (0,316/0,346) области.

Динамика первичной инвалидности вследствие внутрочерепной травмы (S06–S09) за исследуемый временной промежуток составила 0,54–0,59–0,51–0,52 для взрослого населения и 0,78–0,86–0,78–0,71 на 10 тыс. для трудоспособного населения в год. В 2010 г. для взрослого населения лидировали Харьковская (1,87), Черниговская (0,95), Житомирская (0,95), Ровенская (0,71) области, минимальный уровень показателя отмечен в Автономной Республике Крым (0,01) и Ивано-Франковской области (0,04). Согласно статистическим данным, подаваемым Львовским областным центром МСЭ на протяжении 2007–2010 гг., первичная инвалидность вследствие острой ЧМТ (коды МКБ-10, S06–S09) отсутствует. В 2010 г. максимальные показатели первичной инвалидности вследствие внутрочерепной травмы среди трудоспособного населения отмечены в Харьковской (2,50), Черниговской (1,40), Житомирской (1,30), Черкасской (1,03) областях. Данные особенности требуют более глубокого анализа и сравнительной оценки с географическими особенностями клинической эпидемиологии, поскольку уровень травматизма традиционно выше в промышленных регионах.

Интересным представляется факт соотношения показателя первичной инвалидности вследствие «травм головы» и аналогичного показателя вследствие острой внутрочерепной травмы (S06–S09) и его изменения в динамике. В общеукраинском масштабе за 2007–2010 гг. количество первичных инвалидов вследствие данной группы заболеваний соотносится с общим показателем внутрочерепной травмы как 24,2–18,1–19,8–12,7% для взрослого и 18,3–17,5–18,2–11,9% для трудоспособного населения соответственно. Т.е. как и для совокупной ЧМТ, в целом наблюдается снижение показателя. В то же

время, вызывает вопрос сам факт возможного наличия инвалидов вследствие группы заболеваний, заведомо не приводящих к инвалидности. В этой связи необходимо уточнить качество осуществления кодирования медицинской информации и критериальность формулируемого этиологического диагноза по отношению к имеющейся у пациента фактической нейротравматологической патологии.

Еще одной «плановой» эпидемиологической находкой в медико-социальных экспертных данных, связанных с внутрочерепной травмой является показатель первичной инвалидности вследствие сотрясения головного мозга (S06.0).

Согласно действующим методическим документам системы судебно-медицинской экспертизы [21], наличие сотрясения головного мозга (СГМ) у пострадавшего, которое является наиболее легкой формой ЧМТ [5; 7], при которой отсутствуют структурные изменения головного мозга, является основанием для определения телесных повреждений легкой степени тяжести [6], т.е. таких, при которых расстройство здоровья продолжается менее 21 дня. Все расстройства, которые ведут к длительному последующему обращению за медицинской помощью, возможному стационарному лечению, относятся к категории «посткоммоционного синдрома», квалифицируемого как психоневрологическое состояние. Переводя данную ситуацию на рельсы медико-социальной экспертизы длительность ограничения жизнедеятельности, вызванная перенесенным СГМ, может быть обусловлена лишь психоневрологическими расстройствами, являющимися объектом оценки психиатрической МСЭК.

Полученные нами данные продемонстрировали следующую динамику показателя первичной инвалидности вследствие СГМ за 2007–2010 гг. для взрослого населения 0,23–0,24–0,18–0,24 и для трудоспособного населения 0,31–0,34–0,27–0,32 на 10 тыс. населения в год. В 2010 г. наибольшие значения показателя зарегистрированы для взрослого населения в Харьковской (1,87), Черниговской (0,92), Одесской (0,44) и Днепропетровской (0,28) областях, для трудоспособного населения – в Харьковской (2,49), Черниговской (1,37), Одесской (0,56) и Днепропетровской (0,39) областях. Характеризуя особенности общеукраинского показателя первичной инвалидности вследствие СГМ, следует отметить, что за период 2007–2010 гг. эта патология в спектре внутрочерепных травм, явившихся причиной инвалидности у взрослого населения, составляла соответственно 42,1–40,4–35,9–46,0%. Аналогичная ситуация наблюдалась для инвалидов трудоспособного возраста: 40,2–40,0–34,9–45,5%. Следует отметить особенности региональной статистики первичной инвалидности вследствие СГМ по состоянию на 2010 г. Так, доля СГМ (S06.0) среди острой внутрочерепной травмы (S06–S09) для взрослого населения составляла 99,6% в Харьковской, 97,6% в Одесской, 96,6% в Черни-

говской, 75,7% в Ивано-Франковской областях. Наряду с этим в Автономной Республике Крым, Львовской, Ровенской, Хмельницкой областях, городах Киеве и Севастополе первичная инвалидность вследствие СГМ в 2010 г. не устанавливалась.

Рассматривая нозологическую группу «Последствия ЧМТ» в разрезе взрослого и трудоспособного населения по регионам Украины по состоянию на 2010 г. (среднеукраинские показатели – соответственно 0,84 и 1,17), зафиксированы максимальные показатели в Донецкой (4,12), Черниговской (1,10), Харьковской (0,89) и Львовской (0,83) областях для взрослого и в Донецкой (6,00), Черниговской (1,66), Харьковской (1,19) и Запорожской (1,18) областях – для трудоспособного населения. Следует отметить, что наличие кода Т90.5 не раскрывает вида первоначальной ЧМТ, которая привела к развитию инвалидизирующих последствий. Эмпирический опыт рутинного проведения экспертно-реабилитационной диагностики в условиях неврологического стационара, традиционно занимающегося медико-социально экспертным обследованием сложных случаев из регионов Украины [11], свидетельствует о частом наличии вопросов, касающихся определения причинной связи полученных ЧМТ и травм головы и последующего медицинского состояния пациентов. Причем особую значимость этот аспект приобретает в случае получения травм, связанных с профессиональной деятельностью (производственные травмы, являющиеся основанием для установления инвалидности по категории «Трудовое увечье», и травмы при исполнении различных обязанностей воинской и другой служб, являющихся основанием для получения инвалидности по категории «При прохождении / исполнении обязан-

ностей воинской службы», а также случаи травматизма, подпадающего под категорию «Инвалид войны» и др.). В этих случаях корректность установления факта причинной связи полученной травмы и ее «последствий» является наиболее значимой, поскольку ведет к единовременным денежным и регулярным регрессным выплатам.

Выводы

1. Получены первичные данные эпидемиологии инвалидности вследствие ЧМТ и ее последствий на территории Украины.
2. Выявлены факты установления первичной инвалидности вследствие травм головы (коды МКБ-10 – S00–S04).
3. Выявлена значительная доля первичных инвалидов вследствие СГМ, что входит в противоречие с клинко-морфологическими особенностями течения данной формы легкой ЧМТ

Перспективы дальнейших исследований

Требуются дополнительные исследования с целью уточнения полученных статистических данных и проведения клинко-экспертных эпидемиологических сопоставлений. Необходимо уточнить качество проведения экспертно-реабилитационной диагностики областными центрами МСЭ и корректность кодирования медицинской информации, а также разработать дополнительную методологическую базу проведения МСЭ при легкой ЧМТ и ее последствиях.

Список литературы

1. Боева Е. М. Врачебно-трудовая экспертиза при ЧМТ / Е. М. Боева // Нейротравматология: [справочник] / под ред. А. Н. Коновалова, А. А. Лихтермана, А. А. Потапова. – М., 1994. – С. 394–396.
2. Донова Н. А. Краниальная мануальная терапия в комплексном лечении отдаленных последствий черепно-мозговой травмы: автореф. ... дис. канд. мед. наук / Н. А. Донова. – Томск, 2007. – 63 с.
3. Клиническая неврология с основами медико-социальной экспертизы: [рук-во для врачей] / под ред. А. Ю. Макарова. – СПб., 1998. – 602 с.
4. Клиническая эпидемиология черепно-мозговой травмы / Е. Г. Педаченко, С. Я. Семисалов, В. Н. Ельский, А. М. Кардаш. – Донецк: Апекс, 2002. – 156 с.
5. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме. Т. 1 / под ред. А. Н. Коновалова, Л. Б. Лихтермана. – М.: Антидор, 1998. – 550 с.
6. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме. Т. 2 / под ред. А. Н. Коновалова, Л. Б. Лихтермана. – М.: Антидор, 2001. – 675 с.
7. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме. Т. 3 / под ред. А. Н. Коновалова, Л. Б. Лихтермана. – М.: Антидор, 2002. – 675 с.
8. Лехан В. М. Особливості епідеміології черепно-мозкової травми в Україні / В. М. Лехан, А. П. Гук // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 2 (14). – С. 7–14.
9. Лихтерман Л. Б. Классификация черепно-мозговой травмы / Л. Б. Лихтерман, А. А. Потапов // В кн.: Клиническое руководство по черепно-мозговой травме / под ред. А. Н. Коновалова, Л. Б. Лихтермана, А. А. Потапова. – Т. 1. – М.: Антидор, 1998. – С. 47–123.

10. *Основні показники інвалідності та діяльності медико-експертних комісій України за 2009 рік: аналітико-інформаційний довідник / уклад. В. В. Маруніч, А. В. Іпатов, Ю. І. Коробкін [та ін.]. – Дніпропетровськ: Пороги, 2010. – 129 с.*
11. *Питання медико-соціальної експертизи: постанова Кабінету Міністрів України від 03.12.2009 р. № 1317 // Офіційний вісник України. – 2009. – № 95. – Ст. 3265.*
12. *Про внесення змін до Інструкції про встановлення груп інвалідності: наказ МОЗ України від 23.11.2004 р. № 565 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрана.*
13. *Про внесення змін до Положення про медико-соціальну експертизу: постанова Кабінету Міністрів України від 06.12.2000 р. № 1780 // Офіційний вісник України. – 2000. – № 49. – Ст. 2125.*
14. *Про внесення змін до Положення про медико-соціальну експертизу: постанова Кабінету Міністрів України від 23.05.2001 р. № 566 // Офіційний вісник України. – 2001. – № 21. – Ст. 954.*
15. *Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 22 лютого 1992 р. № 83: постанова Кабінету Міністрів України від 01.06.2002 р. № 738 // Офіційний вісник України. – 2002. – № 23. – Ст. 1111.*
16. *Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності: наказ МОЗ України від 07.04.2004 р. № 183 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрана.*
17. *Про затвердження Інструкції щодо заповнення форми звітності №14 «Звіт про причини інвалідності, показання до медичної, професійної і соціальної реабілітації за 20__ рік»: наказ МОЗ від 10.07.2007 р. № 378 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрана.*
18. *Про затвердження Положення про медико-соціальну експертизу і Положення про індивідуальну програму реабілітації та адаптації інваліда: постанова Кабінету Міністрів України від 22.02.1992 р. № 83 // ЗП України. – 1992. – № 3. – Ст. 68.*
19. *Про затвердження Порядку організації та проведення медико-соціальної експертизи втрати працездатності: постанова Кабінету Міністрів України від 04.04.1994 р. № 221 // ЗП України. – 1994. – № 8. – Ст. 190.*
20. *Про реабілітацію інвалідів в Україні: закон України від 06.10.2005 р. № 2961-IV // Відом. Верховної Ради України. – 2006. – № 2–3. – С. 36.*
21. *Сучасні принципи судово-медичної експертизи при струсі головного мозку / В. Г. Бурчинський, Є. Г. Педаченко, Т. В. Хозолева, А. П. Гук // Методичні рекомендації. – К., 2009. – 17 с.*
22. *Consensus document on European brain research / J. Olesen, M. Baker, T. Freud [et al.] // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. – 2006. – Vol. 77 (suppl. 1). – P. 11–149.*
23. *Costs of disorders of the brain in Europe / P. Andlin-Sobocki, B. Jonsson, H-U. Wittchen [et al.] // Europ. J. Neurol. – 2005. – Vol. 12 (suppl. 1). – P. 1–24.*
24. *Ghajar J. Traumatic brain injury / J. Ghajar // Lancet. – 2000. – Vol. 356 (9233). – P. 923–929.*
25. *Jennet B. Epidemiology of severe head injury: socioeconomic consequences of avoidable mortality and morbidity / B. Jennet // Nimodipine, pharmacological and clinical results in cerebra ischemia / A. Scriabine, G. M. Teasdale, D. Tettenborn [et al.], eds. Springer Verlag. – 1991.*

Епідеміологія інвалідності внаслідок черепно-мозкових травм в Україні

*Н.К. Хобзей, Є.Г. Педаченко, В.А. Голик,
А.П. Гук, Н.О. Гондуленко (Київ, Дніпропетровськ)*

У статті вперше за 20 років наведено розгорнуті дані щодо епідеміології інвалідності внаслідок черепно-мозкової травми в Україні за термін 2007–2010 рр. Проведено попередній аналіз структури інвалідності у розрізі областей України. Намічено шляхи вирішення виявлених проблем.

Ключові слова: медико-соціальна експертиза, інвалідність, черепно-мозкова травма, наслідки черепно-мозкових травм.

Disability due to traumatic brain injury epidemiology in Ukraine

*N.K. Hobzey, Ye.G. Pedachenko, V.A. Golyk,
A.P. Guk, N.A. Gondulenko (Kiev, Dnepropetrovsk)*

The article primary presented recent data in disability epidemiology due to traumatic brain injury in Ukraine. The data are presented first time for recent 20 years, covered the period of 2007–2010. Preliminary analysis of invalidity structure was performed in different Ukrainian regions. Approaches for resolving disclosed problems were proposed.

Key words: medical and social expertise, disability, traumatic brain injury, consequences of traumatic brain injury.

Рецензент: д-р мед. наук, проф. М.В. Голубчиков.