© Кириченко А.Г.

УДК 617.51-001

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПЕРВИННОЇ ІНВАЛІДНОСТІ ВНАСЛІДОК ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

Кириченко А.Г.

ДУ «Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», М.Дніпропетровськ

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) - глобальная медицинская и социальная проблема, которая чрезвычайно актуальна, как в медицинском, так и в социальном аспекте. Исследованы клинико-эпидемиологические аспекты первичной инвалидности, возникшей в результате ЧМТ. Проведенные клинико-катамнестические и клинико-патофизиологические сопоставления позволили выделить диагностические и прогностические критерии состояний клинической и социально-трудовой компенсации и декомпенсации, которые следует учитывать при диспансеризация больных, перенесших легкую ЧМТ, и выборе тактики первично-профилактических мероприятий. Разрабатываются и совершенствуются нейрореабилитационные программы, способствующие снижению показателей инвалидности и улучшению процесса предоставления медико-экспертной помощи больным данного профиля.

Ключові слова: епідеміологія, інвалідність, черепно-мозкова травма

Актуальність

Черепно-мозкова травма (ЧМТ) є основною причиною інвалідності й смертності серед молодих людей. Частота ЧМТ становить 1,8 - 5,4 випадки на 1000 населення й, за даними ВООЗ, зростає в середньому на 2% у рік. Підраховано, що в Сполучених Штатах черепно-мозкова травма зустрічається із частотою 200 випадків на кожні 100 тис. чоловік населення в рік. Щороку приблизно у США 500 тис. чоловік одержують черепно-мозкову травму, причому з них 450 тис. попадають у стаціонар й 50 тис. вмирають до того, як попадають у лікувальний заклад. Серед тих 450 тис. чоловік, які направляються в стаціонар, випадки значної втрати працездатності відзначаються приблизно в 100 тис. чоловік у рік. Черепно-мозкова травма найчастіше зустрічається в молодих людей у віці від 15 до 24 років. По статистиці чоловіки одержують такий вид травми у два-три разів частіше жінок у всіх вікових групах. Більше 50% всіх випадків черепно-мозкової травми й 70% смертельних випадків при черепно-мозковій травмі доводиться на частку дорожньо-транспортних випадків. Більш ніж в 50% пацієнтів з важкою черепно-мозковою травмою відзначаються множинні ушкодження, які приводять до значної втрати крові, системній гіпотонії й гіпоксії. Якщо механічні ушкодження займають провідне місце серед травм мирного часу, то черепно-мозкова травма становить серед них найбільшу частку. За даними закордонної статистики частота ЧМТ за останні роки зростає в середньому на 2 % за рік. Щорічні матеріальні затрати на одного хворого з наслідками важкої ЧМТ (включаючи затрати на реабілітацію та інші необхідні соціальні заходи) досягає 2 млн доларів.

Тому черепно-мозкова травма (ЧМТ) є основною причиною інвалідності й смертності серед молодих людей. За даними ВООЗ, зростає в середньому на 2% у рік; 2,4 млн. стають інвалідами.

Відповідно до стратегічних напрямків європейської політики «Здоров'я для всіх» в Україні розроблено Міжгалузеву комплексну програму «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки. Окремий розділ Програми відводиться формуванню здорового способу життя. Він включає 16 груп заходів правового, нормативного, організаційного, управлінського, ресурсного, інформаційного, освітнього, наукового характеру. Учасниками реалізації заходів є 22 міністерства та державних комітети, 3 академії наук, Рада міністрів Автономної Республіки Крим, 24 обласні, Київська та Севастопольська міські державні адміністрації, підпорядковані їм органи, заклади та установи.

Черепно-мозкові ушкодження є результатом загрози для життя й здоров'я особистості. Звідси стає зрозумілою актуальність вивчення медико-соціальних аспектів черепно-мозкової травми, проведення деталізованого аналізу епідеміології інвалідності, структури інвалідності, вивченні принципів фактичної діагностичної практики, проведенні аналізу стану функціонування та обмеження життєдіяльності внаслідок порушень структур та функцій організму та обмежень активності та участі у рамках галузевої науково-технічної програми МОЗ та АМН України «Медична допомога при черепно-мозковій травмі» на 2007-2012 рр.

Таким чином, велика питома вага ЧМТ, високий рівень летальності та інвалідності, фактичне зростання чисельності нейротравми, зміна соціального статусу постраждалих і невтішні дані довгострокових прогнозів, виводять дану проблему в Україні в розряд пріоритетних, тому ЧМТ – глобальна медична і соціальна проблема, яка надзвичайно актуальна, як в медичному, так і в соціальному аспекті.

Матеріали і результати дослідження

Співробітниками ДУ «УкрДерж НДІ МСПІ МОЗ України» проведений статистичний аналіз показників розповсюдженості та захворюваності ЧМТ в Україні та країнах колишнього СНД.

Частота ЧМТ по Росії в середньому становить 4 випадки на 1000 населення, що формує 25-30% інвалідності внаслідок травматичних уражень взагалі. За статистичними даними кожний рік черепно-мозкову травму одержують 6-7 дорослих та 11 дітей на кожну 1000 населення. У структурі первинної інвалідності в Білорусії інвалідність внаслідок черепно-мозкових травм складає 1,4%, серед неврологічної інвалідності - 15%, а серед всіх травм - 22,3%.

В Україні постраждалим з ЧМТ працездатного віку належить перше місце в структурі летальності, що в 2-3 рази перевищує аналогічний показник країн Європи. Частота ЧМТ в нашій країні в середньому складає 3-4 на 1000 населення, з найбільшим ураженням дітей, осіб молодого та молодшого середнього віку, високою летальністю та інвалідизацією постраждалих, важкістю наслідків зі стійкою та тимчасовою втратою працездатності, надзвичайно важкою для сім`ї, суспільства та держави у цілому, переважною антропогеністю та техногенністю черепно-мозкової травми (ЧМТ). В Україні як причина смерті населення займає 3 місце, слідом за серцево-судинними та онкологічними захворюваннями. Однак серед дітей, осіб молодого та молодшого середнього віку ЧМТ залишила своїх «конкурентів» далеко позаду – перевищення показника смертності від серцево - судинних захворювань у 10 разів, від онкопатології – у 20 разів. Інвалідність внаслідок травм серед дорослого населення працездатного віку значно вища як завжди, її рівень значно вищий ніж серед дорослого населення непрацездатного віку. Причому, високі рівні інвалідності внаслідок травм у працездатному віці поряд з індустріальними областями з добувною промисловістю – Донецькій, Дніпропетровській, Луганській, мають місце у таких переважно сільськогосподарських регіонах, як АР Крим, Рівненській, Івано-Франківській, Черкаській, Житомирській областях та деяких інших.

В умовах сучасних потужних промислових регіонів травматизм головного мозку набуває рис «прихованої» епідемії.

Згідно з сучасною міжнародною класифікацією хвороб (МКХ-10) при ЧМТ виділяють: струс головного мозку (СМГ), забій головного мозку легкого ступеню (I ст.), забій головного мозку середнього ступеня, забій головного мозку тяжкого ступеню , вдавлення головного мозку на фоні його удару або на фоні струсу. В цій класифікації відмічають травми з крововиливом та тромбозами, ЧМТ з тривалою комою. Наряду з цим, при постановці діагнозу вказується закрита чи відкрита ЧМТ. Крім цього, ЧМТ поділяють на легку, середньої тяжкості та важку. До легких ЧМТ відносяться струс головного мозку та забій головного мозку I ступеня, до середньої – забій головного мозку середнього ступеня, до тяжкої – забій головного мозку тяжкого ступеня та його здавлення. У сучасній медицині за клінічним перебігом виділяють найгостріший, гострий, проміжний та віддалений періоди ЧМТ.

Струс головного мозку – це симптомокомплекс порушень функцій мозку, який виникає у зв'язку з ЧМТ без явних виражених морфологічних змін головного мозку. Патогенетично в головному мозку розвивається одночасно комплекс морфологічних та функціональних порушень, які генералізовано впливають на весь мозок.

Струс головного мозку (СГМ) займає перше місце в структурі черепно-мозкового травматизму, поряд з забієм головного мозку легкого ступеню (I ст.). В різних регіонах нашої країни він складає від 63 до 90% усіх ЧМТ. Прямі та косвені збитки економіки України, які пов'язані з лікуванням СГМ дуже значні тому, що легкою ЧМТ страждають молоді люди працездатного віку. В останні роки приймаються спроби перегляду тривалості тимчасової непрацездатності при ЧМТ з СГМ, в основному це пов'язано з об'єктивізацією наявності СГМ.

В останні роки розроблена класифікація гострого періоду, періодизація та класифікація віддаленого періоду ЧМТ.

Значна частота, тяжкість, відмінності перебігу і результатів черепно-мозкової травми (ЧМТ) вимагають удосконалення класифікації її наслідків. Вона повинна бути комплексною (багатоплановою), враховувати можливість діагностики у віддаленому періоді прямих наслідків травми і патогенетично пов'язаних з нею синдромів, а також основні варіанти перебігу травматичної хвороби головного мозку. Сучасно класифікація складається з чотирьох розділів, взаємно доповнюючих один одного, тому багато клінічних форм ЧМТ наведено в декількох її розділах.

I. За патогенетичними особливостями виникнення (розвитку):

1. Переважно прямі наслідки: геміпарез, афазія, геміанопсія, вестибулопатія, хронічна субдуральна гематома, гідроцефалія з гіпертензивним синдромом, астенічний синдром та інші; поєднані.

2. Переважно непрямі (опосередковані) наслідки: синдром вегетативної дистонії, після травматична артеріальна гіпертензія, ранній церебральний атеросклероз, нейроендокринні синдроми, нормотензивна сполучена гідроцефалія, пізні форми після травматичної епілепсії, психоорганічний синдром та інші; поєднані.

Аналіз архивно-історичної документації показав, що запропонована класифікація більш повно відображає різноманіття клінічних форм травматичної хвороби головного мозку, їх патогенетичні особливості і варіанти перебігу. Її доцільно використовувати при розв'язанні завдань медико-соціальної експертизи, розробці індивідуальної програми реабілітації.

Слід зазначити, що враховуючи відносну «легкість» перебігу СГМ в більшості стаціонарів до об'єктивізації даного діагнозу лікарі не завжди відносяться кваліфіковано. Лікарі стаціонарного рівня орієнтуються на діагнози «швидкої допомоги», суб'єктивні скарги постраждалих, анамнез захворювання (зі слів постраждалого) при відсутності будь якої органічної симптоматики в неврологічному статусі. Лікарі амбулаторного рівня повністю довіряють встановленим діагнозам в лікарнях, продовжують лікувати хворих за загальними схемами СГМ. В деяких випадках постраждалі тимчасово непрацездатні тривалий час і можуть бути направлені на МСЕК, особливо якщо факт ЧМТ мав місце на виробництві або був повторним. Дійсно, в деяких випадках діагностика СГМ є складним завданням, тому, що потребує уважного пошуку затверджуючи факторів травми. Облік та співставлення усіх компонентів ЧМТ, уважний неврологічний огляд хворого, уточнення загального анамнезу, дослідження крові на алкоголь та інші аналізи, як і спостереження в динаміці за хворим, допоможуть встановити об'єктивний клінічний діагноз СГМ, що в ряді випадків допоможе лікарям-спеціалістам МСЕ винести правильне рішення про групу та причини інвалідності.

Вивчення та аналіз медико-експертної документації показав, що позитивним є збільшення кількості хворих з наслідками травм, яким продовжено лікування по лікарняному листку, оскільки у більшості випадків продовження термінів тимчасової непрацездатно-

сті у МСЕК хворим із сприятливим клінічним і трудовим прогнозом і здійснення в цей період максимально можливих лікувально-відновних заходів зумовлює відновлення працездатності. Це в подальшому може сприяти зниженню рівня первинної інвалідності і свідчить про те, що МСЕК займаються профілактикою інвалідності, але поки ще не досить.

Із загального числа хворих внаслідок ЧМТ через 2-4 роки після травми тільки у 20% постраждалих відмічена повна клінічна та соціально-трудова компенсація, у інших 80% спостерігалась різна по структурі та вираженості післятравматична церебральна патологія, яка в свою чергу призвела до обмеження життєдіяльності хворих того чи іншого ступеню.

У 48% хворих з наслідками легких черепно-мозкових травм після нетривалого періоду відносного благополуччя, захворювання прийняло підгострий розвиток з подальшим ремітуючим перебігом, у 33% - ремітуючий перебіг і у 19% - прогредієнтний. В важкій поліморфній та полісиндромальній клінічній структурі наслідків можливо виділити домінуючи клінічні синдроми, які характеризуються функціональною неповноцінністю та соціально-трудовою дезадаптацією хворих. Серед них перше рангове місце займає синдром лікворної гіпертензії (38,5%), друге – астенічний (35%), третє – синдром вегетативно-судинної дисфункції (12%), четверте – вегетативні розлади (8,5%), п'яте і шосте – вестибулярний (4%) та епілептичний (4%) синдроми.

Проведенні дослідження показали, що клінічна картина віддалених наслідків легких закритих ЧМТ мало відрізняється від проявів травм середньої важкості, хоча в гострому періоді захворювання різниця стану здоров'я хворих дуже помітна, здатність до пристосування у даної категорії хворих також подібна. Вочевидь, у пацієнтів, що перенесли ЧМТ легкого та середнього ступеню важкості з роками виникає зближення клінічної картини захворювання, в якій поступово згладжуються вогнищево-органічна симптоматика і на перший план виходять нейродинамічні розлади (вегетативно-судинні, лікворно-дисциркуляторні, вестибулярні), пов'язані з функціональною недостатністю над сегментарних вегетативних і неспецифічних структур головного мозку. Ретроспективна патогенетична оцінка ЧМТ показала, що у 29% випадків легка травма визначалася не тільки наявністю струсу, але і неважкими забіями (забій I ст.), клінічні прояви яких можуть маніфестувати лише на більш віддалених етапах захворювання.

Клініко-катамнестичні та клініко-патофізіологічні співставлення, що були проведенні в УкрДерж НДІ МСПІ, дозволили виділити діагностичні та прогностичні критерії станів клінічної та соціально-трудової компенсації або декомпенсації, які слід враховувати при диспансеризації хворих, які перенесли легку ЧМТ, і виборі тактики вторинно-профілактичних заходів.

При оцінці стану життєдіяльності хворих після ЧМТ слід враховувати тяжкість нейротравми, ефективність проведеного лікування в гострому, проміжному і віддаленому періодах хвороби, перебіг, тяжкість дефіцитарних, психічних, лікворо-динамічних, вегетативно-судинних та епілептичних синдромів. Окрім цього, обов'язково враховують комплекс соціальних факторів. Вирішальне значення при проведенні МСЕ придається тяжкості дефіцитарних та психопатологічних синдромів та їх поєднань, домінуючим синдромам захворювання. Легкі функціональні порушення або практичне видужання хворих не обмежують їх життєдіяльності, а тому інвалідами вони не визначаються. У деяких випадках, коли після перенесеної травми залишаються такі функціональні порушення, що впливають на якість життя хворого, виникає потреба у визначенні їх інвалідами, або (при ЧМТ на виробництві) у визначенні відсотків втрати професійної працездатності.

Співробітниками ДУ «Українського державного науково-дослідного інституту МСПІ МОЗ України» з 1985 року постійно визначається сучасний стан первинної інвалідності внаслідок черепно-мозкових травм, аналізується її структура за категоріями інвалідності (в т.ч. внаслідок «трудового каліцтва» та «виконання обов`язків військової служби»), вдосконалюється сучасний комплекс необхідних клініко-функціональних обстежень для проведення медико-соціальної експертизи, розроблюються та вдосконалюються нейрореабілітаційні програми, що сприяють зниженню показників інвалідності та покращенню процесу надання медично-експертної допомоги хворим даного профілю.

Висновки

Проведене дослідження показало, що кожний третій пацієнт, який звертається за первинною медичною допомогою, має не суто медичну, а медико-соціальну проблему, подолати яку лише медичними засобами неможливо. Навчити пацієнта вести здоровий спосіб життя, правильно поводитися у складній ситуації – цю проблему повинен вирішувати сімейний лікар. Зокрема, акцент у роботі сімейного лікаря – це профілактика, тобто сфера, в якій лікарі сьогодні майже не працюють. Концепції розвитку охорони здоров'я населення України, яка визначила пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини як один із стратегічних напрямів розбудови галузі.

Тому медична допомога на первинному рівні включатиме профілактичні заходи, амбулаторне лікування та стаціонарну допомогу за основними спеціальностями, на вторинному – спеціалізовану, технологічно складнішу, на третинному – високотехнологічну допомогу та лікування найбільш складних і рідкісних захворювань. Гігієнічне виховання населення буде трансформовано у державну систему безперервного навчання і здійснюватиметься на всіх етапах соціалізації особистості.

Безперервний зв'язок між людьми і навколишнім природним середовищем вважається основою соціально-економічної концепції зміцнення здоров'я, що визначає причинно-наслідковий характер процесів формування здоров'я, а також необхідність застосування адекватних системних принципів і механізмів в управлінні охороною здоров'я. Прикладні підвалини застосування наведених вище принципів ґрунтуються на цільовому спрямуванні заходів і відповідних ресурсів охорони здоров'я в таких стратегічних напрямах:1) профілактичному, здатному забезпечити своєчасно ідентифікацію і недопущення (або максимальне обмеження) негативного впливу на здоров'я чинників ризику навколишнього середовища;2) реабілітаційному, здатному забезпечити діагностику, лікування і від-

новлення функцій здоров'я осіб і популяцій, що її вже втратили або порушили.

Література

1. Неотложная нейротравматология: А. Н. Кондратьев — Санкт-Петербург, ГЭОТАР-Медиа, 2009 г.- 192 с.
2. Психопатология тяжелой черепно-мозговой травмы: О. С. Зайцев — Санкт-Петербург, МЕДпресс-информ, 2011 г.- 336 с.
3. Спортивная травма. Диагностика и лечение: П. Макмаон — Москва, Практика, 2011 г.- 368 с.
4. Травма спинного мозга: Дэвид Гранди, Эндрю Суэйн — Санкт-Петербург, Бином, 2008 г.- 128 с.
5. Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области: Ю. И. Бернадский — Москва, Медициналитература, 2006 г.- 456 с.
6. Черепно-лицевая хирургия в формате 3D. Атлас: В. А. Бельченко, А. Г. Притыко, О. В. Климчук, В. В. Филлипов — Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2010 г.- 224 с.
7. Черепно-лицевая хирургия: В. А. Бельченко — Санкт-Петербург, Медицинское информационное агентство, 2006 г.- 430 с.
8. Черепно-мозговая травма: Г. Г. Шагинян, О. Н. Древаль, О. С. Зайцев — Санкт-Петербург, ГЭОТАР-Медиа, 2010 г.- 298 с.
9. Основні показники інвалідності та діяльності МСЕК України за 2006 рік [Текст] / А.В. Маруніч, А.В. Іпатов, О.В. Сергієні та ін. Аналітико-інформаційний довідник. – Дніпропетровськ: Пороги, 2007. – 98 с.

Summary

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF PRIMARY DISABLEMENT UNDER CRANIOCEREBRAL TRAUMA

A.G. Kyrychenko

Keywords: epidemiology, disablement, craniocerebral trauma

Traumatic brain injury (TBI) is a global medical and social problem which is extremely urgent, in medical aspect, as well as in social aspect. The clinical and epidemiological aspects of primary disability resulting from TBI have been investigated. The performed clinical follow-up and clinicopathologic comparisons rendered it possible to identify diagnostic and prognostic criteria of clinical conditions, social and labor compensation and decompensation which should be considered during standard medical examination of patients after slight head injury, when choosing the primary preventive measures. The neurorehabilitation programs are being developed and improved with a view to help to reduce the disability rates and improve the delivery of expert health care to patients with this profile.

Public Agency "Ukrainian State Scientific-Research Institute for Medical and Disability Social Problems of Ministry of Health of Ukraine", Dnipropetrovsk

Матеріал надійшов до редакції 07.03.2012 р.