

## СТРУКТУРА ТА КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ В ЛУГАНСЬКІЙ ОБЛАСТІ

А. Л. Победьонний, Ф. Т. Соляник, С. В. Бабенко, Ю. П. Семенець  
Луганська обласна клінічна лікарня, ДЗ «Луганський державний медичний університет»,  
м. Луганськ, Україна

У статті проаналізовані зведені дані щодо розповсюдженості та структури черепно-мозкової травми в Луганській області порівняно з даними по країні, а також особливості черепно-мозкової травми в залежності від віку та статі пацієнтів, причини та тяжкості травми за даними нейротравматологічного відділення Луганської обласної клінічної лікарні.

**Ключові слова:** черепно-мозкова травма, структура, клінічні особливості.

**Вступ.** Черепно-мозкова травма (ЧМТ) є однією з наймасовіших травм людства, що набуває характеру зростаючої травматичної епідемії [3]. У загальній структурі інвалідності наслідки ЧМТ складають 25–30 %, причому, інваліди I та II груп – 64 % [5]. В Україні від ЧМТ щорічно вмирають 10–11 тис. мешканців, таким чином, смертність складає за рік 2,4 випадки на 10000 населення. У структурі померлих 59 % хворих помирають на догоспітальному етапі та 41 % – у стаціонарі [6]. Проте, серед тих, що вижили, повне функціональне відновлення спостерігається дуже рідко [1]. У загальній структурі первинної інвалідності дорослого населення частка ЧМТ складає 1,3–1,8 %, а у структурі післятравматичної первинної інвалідності дорослого населення – досягає 44 % і дорівнює 3,6 випадків на 10000 населення щорічно. У загальній структурі інвалідності наслідки ЧМТ складають 25–30 %, серед них інваліди I та II груп – 64 % [2, 4]. Цифри смертності та інвалідності внаслідок ЧМТ із урахуванням середньостатистичного віку постраждалих роблять питання якості обстеження, спеціалізованої допомоги та повноти реабілітації надзвичайно важливим, тим більше, що в деяких регіонах приріст частоти ЧМТ досягає 8 % на рік (Поліщук М. Є. та співавт., 2002) [3].

Луганська область є потужним промисловим регіоном. На території області розташовані підприємства вугільної, енергетичної, металургійної, хімічної та нафтохімічної промисловості. Область має розповсюджену транс-

портну мережу зі значним навантаженням на дороги легковим та вантажним автотранспортом. Деякі міста обласного підпорядкування не мають доріг для об'їзду, і транзитний автотранспорт пересувається центральними вулицями міст, збільшуючи можливість дорожньо-транспортних подій (ДТП) з отриманням постраждалими ЧМТ. Її численність збільшується також за рахунок значної кількості скутерів на дорогах, водії яких часто перебувають у нетверезому стані (алкогольного або наркотичного сп'яніння).

**Мета роботи** – проаналізувати структуру та клінічні особливості й наслідки ЧМТ на прикладі даних нейротравматологічного відділення Луганської обласної клінічної лікарні, даних обласного Координаційного центру Головного управління охорони здоров'я Луганської обласної державної адміністрації.

Дослідження виконувалось у відповідності з загальним планом науково-дослідних робіт (НДР) ДЗ «Луганський державний медичний університет», і є фрагментом НДР з № держ. реєстрації 0110U003039.

**Матеріал і методи дослідження.** Матеріалом для дослідження були дані аналізу діяльності нейротравматологічного відділення Луганської обласної клінічної лікарні, історії хвороби пацієнтів із ЧМТ за період 2005–2010 рр., амбулаторні картки хворих, що знаходилися під наглядом після перенесеної ЧМТ різного ступеня тяжкості. Статистична обробка отриманих даних здійснювалась із обчисленням середньої величини (М) та помилки середньої (m).

**Результати досліджень та їх обговорення.** У Луганській області основні показники розповсюдженості та структури ЧМТ мають тенденції, порівняні із загальнонаціональними. За даними розповсюдженості ЧМТ у Луганській області в період 2003–2009 рр., кількість травмованих в 2003–2006 рр. утримувалась на одному рівні, дорівнюючи, у середньому,  $(2,62 \pm 0,12)$  випадків на 1000 дорослого

населення, дійшла максимуму в 2007 р. та дещо знизилась до 2009 р. Як причина ЧМТ ДТП складала 9,67 на 100000 нас. в 2003 р. Починаючи з 2004 р., частота ДТП зросла до 18,91 на 100000 нас. та у 2009 р. несуттєво знизилась і досягла 13,52 на 100000 нас. При цьому ДТП по відношенню до ЧМТ, отриманої в побутових умовах, складала 4,56 % із тенденцією до зростання майже вдвічі до 2008–2009 рр. (9,93 % – 8,19 %). Проте, саме в результаті ДТП найбільш часто пацієнти отримують ЧМТ середньої тяжкості або тяжку, тому ДТП є найчастішою причиною госпіталізації в спеціалізоване відділення.

З урахуванням розвинутого промислового потенціалу в Луганській області однією з причин ЧМТ є виробнича травма, яка за досліджені роки зустрічалася з частотою (5,3±0,3) випадки на 100000 дорослого населення

Серед виробничої ЧМТ переважає промислова, яка зустрічається в 45–55 разів частіше, ніж сільськогосподарська.

Спеціалізовану допомогу пацієнтам із ЧМТ у Луганській області надає нейроотравматологічне відділення Луганської обласної клінічної лікарні, куди у відповідності з діючими Протоколами надання спеціалізованої нейрохірургічної допомоги, а також – згідно з Інформаційними листами Головного управління охорони здоров'я Луганської обласної держадміністрації спрямовуються хворі з усіх міст та районів області. Динаміка кількості пролікованих пацієнтів із ЧМТ у нейроотравматологічному відділенні, питомої ваги прооперованих хворих відображає загальні тенденції в державі та світі [3, 7, 8]. Наприклад, серед усіх госпіталізованих пацієнтів із ЧМТ кількість хворих з її тяжкими формами складала в різні роки 46,0–53,8 %, (48,4±3,1 %), з легкою формою – 54,8–47,2 % (51,6±5,2) %. Кількість хворих із тяжкою та середньої тяжкості ЧМТ, що лікувалися у відділенні, за останні 5 років зросла з 375 чол. в 2005 р. до 490 чол. – в 2008 р. і 466 – в 2009 р.

При легкій ЧМТ необхідність в оперативному лікуванні виникала у (6,8±0,4) % хворих. При ЧМТ середнього ступеня тяжкості хірургічного втручання потребували 10,6 % пацієнтів. Хворі з тяжкими формами ЧМТ були прооперовані в (82,6±2,9) % випадків.

Серед осіб із тяжкими формами ЧМТ переломи кісток черепа зустрічались у (33,8±2,9) % випадків, гематоми різної локалізації – у (24,2±2,3) % хворих, забої головного мозку III ступеня тяжкості – у (13,1±0,9) % пацієнтів, поєднані види ЧМТ – у (28,8±1,9) % осіб. Серед гематом різної локалізації епіду-

ральні гематоми діагностувались, у середньому, у 19,0 % хворих, субдуральні – спостерігались у 54,0 % випадків, внутрішньомозкові – в 23,8 %, внутрішньошлуночкові гематоми відзначалися в 3,2 % госпіталізованих пацієнтів. Серед усіх хворих із наявністю гематом операційне втручання було проведене в (68,3±4,8) % випадків.

Показник кількості прооперованих хворих із ЧМТ незначно коливався протягом періоду спостереження (в середньому, 38,3±1,3 %), що дещо вище середнього показника по державі та може бути пояснено підвищенням складності ЧМТ з урахуванням потужності та складності виробничого та транспортного потенціалу області. Найбільший показник відсотку прооперованих до загальної кількості хворих з середньотяжкою та тяжкою ЧМТ відмічався в 2008 р. (47,8 %), його динаміка співпадає із аналітичними висновками М. С. Поліщука та співавт. (2002) [3] і пов'язана зі зростанням кількості автотранспортних засобів, особливо мотоциклів і скутерів на дорогах області та збільшенням розповсюженості й тяжкості ЧМТ у Луганській області як в розвинутому промислового регіоні.

Серед травмованих пацієнтів у нейроотравматологічному відділенні переважали чоловіки – співвідношення чоловіків та жінок із ЧМТ складало, в середньому, 4:1, а також особи вікових категорій 18–30 і 30–60 років. У середньому, у 24,3 % випадків пацієнти з ЧМТ знаходились у нетверезому стані.

Серед госпіталізованих пацієнтів із ЧМТ особи із забоем головного мозку I-го ступеня тяжкості складала, у середньому, 13,1 %, II-й – 8,3 %, III – 3,6 %. Із них прооперовано було відповідно 22,6 %, 34,2 % та 52,9 %. Отже, із підвищенням ступеня тяжкості ЧМТ – забою головного мозку зростає й частота необхідності в оперативному втручанні.

Найбільш частою причиною госпіталізації хворих із ЧМТ відзначалася ДТП – у 21,2 % випадків, кримінальна ЧМТ складала 28,7 % випадків, інші причини – 48,4 %. Частина шахтної травми дорівнювала 1,2 % всіх видів ЧМТ, інші види виробничих травм – 0,5 % випадків. Про частоту та складність отриманої ЧМТ свідчить і рівень хірургічних втручань у відділенні, який за останні 5 років значно виріс і утримується на рівні (39,1±2,5) %. При цьому кількість екстрених операцій протягом дослідженого періоду також зросла – із 84,3 % у 2007 р. – до 90,6 % у 2009 р. Однією з причин такого зростання стало підвищення якості діагностики виду ЧМТ за рахунок використання сучасної діагностичної апаратури – комп'ютерної томографії (КТ) й магнітно-ре-

зонансної томографії (МРТ), а також чітке виконання лікарями області Протоколів надання нейрохірургічної допомоги.

**Висновки.** 1. У Луганській області частота ЧМТ за період 2003–2009 рр. співпадала з середніми показниками по країні та складала  $(2,62 \pm 0,12)$  на 1000 дорослого населення. Серед причин ЧМТ, що потребувала госпіталізації в нейроtraumatологічне відділення була середньотяжка та тяжка ЧМТ внаслідок ДТП. Однак, найчастішою причиною всіх форм ЧМТ є ЧМТ, отримана в побуті.

2. Співвідношення чоловіків та жінок, постраждалих від ЧМТ, складає 4:1.

3. Тяжкі форми ЧМТ складають, у середньому,  $(48,4 \pm 3,1 \%)$  випадків, необхідність в

оперативному втручанні при цьому виникає у  $(82,6 \pm 2,9 \%)$  госпіталізованих хворих.

4. Частка шахтної травми складає, у середньому, 1,2 % випадків серед усіх госпіталізованих осіб із ЧМТ. У промисловому виробництві ЧМТ зустрічається в 45–55 разів частіше, ніж у сільськогосподарському.

5. Покращенню якості діагностики ЧМТ і проведенню своєчасного оперативного втручання сприяє впровадження сучасних методів діагностики та дотримання Протоколів надання нейрохірургічної допомоги.

Подальші дослідження будуть присвячені більш ретельному вивченню клінічних та імунологічних особливостей ЧМТ у досліджених хворих на госпітальному етапі та у період амбулаторного нагляду.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Лебедев В. В., Крилов В. В. Неотложная нейрохирургия: Руководство для врачей – М.: Медицина, 2000. – 568 с.

2. Марков О. В. Хірургічна тактика при травматичних ушкодженнях кісток черепа: Ав-тореф. дис. канд. мед. наук: 14.01.05 / НМАПО – К., 2007. – 20 с.

3. Порівняльна оцінка частоти виявлення черепно-мозкової травми у великих містах України / Поліщук М. Є., Марков О. В., Гайдаєв Ю. О. [та інш.] // Укр. нейрохірург. Журнал. – 2002. – № 4. – С.44–48.

4. Сучасні принципи діагностики та лікування хворих із невідкладною нейрохірургічною патологією (черепно-мозкова травма) / Є. Г. Педаченко [та ін.]: Методичні рекомендації. – К., 2005. – 47 с.

5. Семисалов С. Я. Анализ многолетнего клиничко-эпидемиологического изучения череп-

но-мозгового травматизма и прогноз его развития у взрослого населения г. Донецка / С. Я. Семисалов // Укр. нейрохірург. журн. – 2002. – № 4. – С. 48–50.

6. Черепно-мозговая травма: современные принципы неотложной помощи / Е. Г. Педаченко, И. П. Шлапак, А. П. Гук, М. Н. Пилипенко. – Киев; ЗАО «ВИПОЛ», 2009. – 276 с.

7. Severe brain trauma epidemiology in the republic of Belarus [Text] / Yu. G. Shanko, Tanin A. L., Smeyanovich A. F. [et al.] // Book of abstracts of ICRAN–2010: St. Petersburg, Russia, 2010. – P. 22.

8. Steudel W. I. Epidemiology and prevention traumatic brain injury in Germany: new trends / W. I. Steudel // Book of abstracts of ICRAN–2010: St. Petersburg, Russia, 2010. – P. 24–25.

А. Л. Победенный, Ф. Т. Соляник,

С. В. Бабенко, Ю. П. Семенець

### СТРУКТУРА И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ В ЛУГАНСКОЙ ОБЛАСТИ

г. Луганск, Украина

**Резюме.** В статье проанализированы сводные данные по распространенности и структуре черепно-мозговой травмы в Луганской области и проведен сравнительный анализ с данными по стране, а также – особенности черепно-мозговой травмы в зависимости от возраста и пола пациентов, причины и тяжесть травмы по данным нейроtraumatологического отделения Луганской областной клинической больницы.

**Ключевые слова:** черепно-мозговая травма, структура, клинические особенности.

A. L. Pobedyonij, F. T. Solianik,

S. V. Babenko, Ju. P. Semenets

### THE STRUCTURE AND CLINICAL PECULIARITIES OF TRAUMATIC BRAIN INJURY IN LUGANSK REGION

Lugansk, Ukraine

**Summary.** Data of prevalence and structure of traumatic brain injury in Lugansk region were considered in this article. This data were compared with general Ukrainian data. Division of patients from age and sex, main causes and brain injury's severity were analyzed among the patients, hospitalized in the neurotraumatological department of Luhansk regional hospital.

**Key words:** traumatic brain injury, structure, clinical peculiarities.