

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 повреждение 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 случаев каждая, и в 20 случаях вид травмы не был установлен.

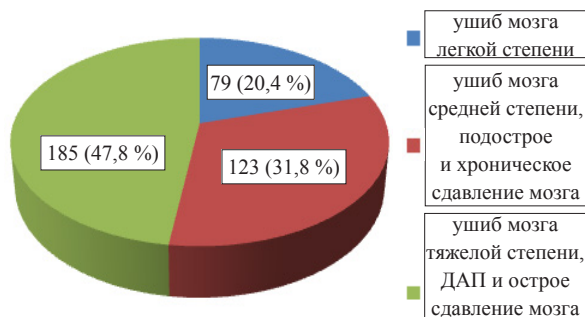


Рисунок 1 – Структура черепно-мозговых травм

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.