

# МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ НАСЛІДКИ ПЕРЕНЕСЕНОЇ БОЙОВОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

Черненко І. І.,  
Чухно І. А.

Україна, м. Харків, Харківський національний медичний університет, кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я

## ARTICLE INFO

Received 08 January 2018  
Accepted 23 January 2018  
Published 10 February 2018

## KEYWORDS

craniocerebral trauma,  
medical and social  
consequences,  
clinical syndromes

## ABSTRACT

The aim of the work is to highlight the medical and social consequences and features of the craniocerebral trauma of combatants based on the analysis of scientific literature and statistical data.

Materials and methods. The study used bibliosemantic and analytical methods. Statistical data were considered and methods of scientific abstraction and analogy were used.

Results. The spread of craniocerebral trauma among combatants has been studied and the growth of its share since the beginning of the twentieth century has been revealed. The main factors influencing the complexity of the craniocerebral injury and the prognosis of its course are determined. The basic clinical syndromes characterizing the consequences of the craniocerebral trauma of combatants are described, they determine the problems in further social and labor adaptation of patients and their return to normal life.

Conclusions. For the organization of quality care for such patients, it is advisable to allocate the short, medium and long term periods during the course of the disease.

© 2018 The Authors.

**Актуальність.** У структурі травм найбільш драматичною є черепно-мозкова травма, яка відноситься до однієї з найбільш важких і поширених форм ураження центральної нервової системи, а її наслідки є не тільки медичною, але і соціально та економічно значущою проблемою. Наслідки порушень головного мозку є однією з найважливіших проблем сучасної медицини і неврології зокрема. Це пояснюється стійкою тенденцією до зростання ЧМТ і, відповідно, її наслідків: у мирний час вона досягає 30-50 % від всіх видів травм і збільшується по частоті на 2 % щороку.

Серед пріоритетних і соціально значущих проблем сучасної медицини останнім часом привертає увага так звана «бойова черепно-мозкова травма» – пошкодження головного мозку, що складає основну частину церебрального травматизму та отримана під час ведення бойових дій. Почастішання в останні десятиліття локальних військових конфліктів привело до збільшення випадків бойових травматичних ушкоджень головного мозку (бойова черепно-мозкова травма), які переважають у структурі бойових ушкоджень головного мозку.

Надзвичайно висока поширеність і неухильне зростання числа черепно-мозкових травм, високий відсоток ускладнень, інвалідизації великих груп населення обумовлюють актуальність вивчення цієї медичної та соціальної проблеми. Вона є одним з ключових понять сучасної медицини, що дозволяє проводити аналіз складових життєдіяльності людини відповідно до критеріїв ВООЗ. Важливого значення в цих умовах набуває також вивчення можливих віддалених наслідків черепно-мозкових травм як для самих пацієнтів, так і для їх родин та суспільства.

**Мета роботи** – висвітлити медико-соціальні наслідки та особливості черепно-мозкової травми учасників бойових дій на підставі аналізу наукової літератури та статистичних даних.

**Матеріали і методи дослідження.** У дослідженні використовувались бібліосемантичний та аналітичний методи. Були розглянуті статистичні дані та використано методи наукового абстрагування та аналогії.

**Результати дослідження, їх обговорення.** Дослідження розповсюдженості черепно-мозкової травми у періоди різних військових конфліктів свідчать про поступове зростання цього виду ураження, а значить і про

підвищення необхідності дослідження медико-соціальних наслідків її як у короткостроковому так і у довгостроковому періоді. Так, під час Великої Вітчизняної війни поранення голови, шиї та хребта становили 11,9-16 %, а закриті травми голови і шиї по відношенню до загального числа закритих ушкоджень склали 11,4 %, причому серед закритих травм важкі травми черепа і головного мозку склали 1,8 %, а легкі і середні ЧМТ склали до 80,9 %. У загальній структурі ЧМТ стусу головного мозку склали 70,9 %, забої мозку легкого ступеня – 10,1 %, забої мозку середнього ступеня – 2,7 %, забої важкого ступеня – 1,3 %, здавлення мозку на тлі важких забоїв – 3,1 % [1,2,6].

Постійне оснащення армії сучасними видами зброї з новими бризантними властивостями, обумовлює значне зростання мінно-вибухових та вибухових уражень ЦНС. Якщо порівнювати частоту вибухових уражень черепа та головного мозку в загальній структурі ЧМТ в війнах та військових конфліктах, то в війнах початку 20-го століття вони склали – 6,7 %, в ВВВ – 56,2 %, при участі наших військ в Афганістані – 70 % [2,3,5].

Прогнозувати перебіг травматичної хвороби в гострому та проміжному періодах ЧМТ в силу низки причин дуже складно. Найбільш складно прогнозувати віддаленні наслідки травми, ступені та рівень соціально-трудової реадaptaції постраждалих. Зазначимо тільки деякі прогностично значущі моменти:

1. Важкість травми.
2. Вік постраждалого на момент отримання травми.
3. Топіка ураження, характер клінічних проявів та синдромів.
4. Також має значення надання кваліфікованої та своєчасної медичної допомоги постраждалим в гострому та проміжному періодах травми.
5. Соціальні фактори: освіта, професійні навички, умови праці, побуту та інше.

В цілому, при легкій ЧМТ прогноз по відношенню до життя, збереження життєдіяльності, соціального статусу та відновленню працездатності зазвичай позитивні. У випадку травми середньої тяжкості часто вдається досягти повного відновлення трудової та соціальної активності пацієнтів, проте можливі також і описані вище наслідки, що в тій чи іншій мірі обмежують життєдіяльність хворих. При тяжкій ЧМТ смертність досягає 30-50 %. Майже у половини осіб, що вижили після травми проявляється значна соціальна недостатність, тяжка інвалідність. Практичне

видужування спостерігається приблизно у 30 % осіб, що перенесли черепно-мозкову травму [3,5].

З неврологічної точки зору в перебігу черепно-мозкової травми виділяють три базисних періоди: гострий – від 2 до 10 тижнів (взаємодія травматичного субстрату, реакцій ушкодження та реакції захисту); проміжний – від 2 до 6 місяців (розсмоктування та організація пошкоджень, та подальше розгорнення компенсаторно-адаптивних процесів); віддалений – завершення або співіснування дегенеративно-деструктивних та регенеративно-репаративних процесів [1,4].

Основними клінічними синдромами при перебігу черепно-мозкової травми можуть бути вегетативно-судинний, вестибулярний, церебрально-осередковий, гіпертензійний, епілептичний, екстрапірамідний (травма тичний паркінсонізм, гіперкінези), посттравматичний церебральний арахноїдит, психопатологічні синдроми (астено-невротичний, іпохондричний, астенічний, психопатоподібний, психоорганічний) і патологічний розвиток особистості.

Зокрема, вегетативні розлади носять переважно перманентний характер (вегетативно-судинна дистонія), рідше виникають вегетативні кризи. Вегетативні пароксизми типу панічних атак виявляються на тлі змін психіки у вигляді сенестопатичних, психосенсорних розладів, астенізації в поєднанні з афективними порушеннями, істероформними реакціями. Також прояви ВСД можуть бути непостійним і мінливими.

Вестибулярний синдром проявляється нападами системного, рідше несистемного запаморочення, порушенням рівноваги, вегетативно-судинними реакціями, спостерігається у 32-50 % хворих, які перенесли закриту ЧМТ.

Церебрально-вогнищевий синдром в гострому та проміжному періоді зустрічається в 10-30 % випадків і виявляється центральним парезом кінцівок, порушенням вищих мозкових функцій (мови, читання, письма, гнозису, праксису та ін). Ці порушення є провідними у постраждалих з важкою закритою і відкритою ЧМТ. В перший рік після травми відзначається позитивна динаміка відновлення порушених функцій, цьому сприяють значні компенсаторні можливості нервової системи, відновне лікування.

Патологія судинної системи головного мозку у віддаленому періоді черепно-мозкової травми є майже у 80 % хворих, в основному в

осіб, які перенесли тяжку ЧМТ. Віддалений період тяжкої черепно-мозкової травми може бути ускладненим ішемічними пошкодженнями ЦНС, розвитком хронічної субдуральної гематоми, внутрішньочерепної артеріальної та венозної аневризми каротидного-кавернозного співустя і тромбозом внутрішньочерепних синусів. У віддаленому періоді ЧМТ можливий розвиток і посттравматичної деменції. Клінічно вона характеризується вираженим когнітивним дефектом, низьким рівнем пізнавальних процесів, порушенням здатності до абстрагування та узагальнення, збіднінням емоцій і девіантною поведінкою.

Прояв вказаних синдромів суттєво відрізняється в залежності від періоду після отримання черепно-мозкової травми. Так, за результатами власного дослідження, проведеного на базі неврологічного відділення Обласного госпітала ветеранів війни, м. Харкова, для гострого періоду та стану після черепно-мозкової травми характерними є розвиток емоційно-вольового дефіциту (83,3 %), астено-тривожно-депресивного синдрому (80 %), когнітивного зниження (40,2 %), астено-невротичного синдрому (23,8 %) та депресивно-іпохондричного синдрому (20 %) [5,6]

Розглядаючи віддалені наслідки черепно-мозкової травми проявляється наступне виявлення клінічних синдромів: когнітивне зниження (63 %), астеничний синдром (50 %), емоційно-вольовий дефіцит (33,9 %), астено-невротичний синдром (25 %), тривожно-астеничний синдром (20 %), астено-тривожно-депресивний синдром (9,8 %).

Такі прояви, і суттєва їх розповсюдженість серед пацієнтів з черепно-мозковою травмою, отриманою під час участі в бойових діях, при значній розповсюдженості цього типу ураження під час військових конфліктів, дозволяють зробити висновок про наявність суттєвих негативних медико-соціальних наслідків, пов'язаних з соціальною адаптацією та поверненням до нормального повсякденного життя таких пацієнтів, а також соціальних наслідків та змін у житті їх близького оточення та, зважаючи на розповсюдженість травми, життя соціуму взагалі.

Адже, хворі з наслідками черепно-мозкової травми у 55 % вимагають допомоги в повсякденному житті, 45 % не працюють, 70 % відчувають обмеження при взаєминах у суспільстві. Більш схильні до залежності від алкоголю, у 50 % розвиваються стійкі нетрудові установки, що веде до порушення

працездатності і в 68,8 % – до інвалідності. Травматичні зміни мозку тягнуть за собою значні проблеми в поверненні хворих до нормального соціального функціонування, яке включає в себе труднощі в сімейному житті, в поверненні до професійної діяльності, у спілкуванні.

Зважаючи на значну диференціацію клінічних проявів в залежності від часу, що пройшов після отримання травми та, відповідно, наявності різниці в їх соціальних проявах, рівні соціальної дезадаптації та наявності можливостей щодо їх корекції, а також можливого додаткового психологічного навантаження на учасників бойових дій, що пов'язано з їх участю у військових конфліктах, і саме по собі може стати причиною ряду психічних та психологічних розладів, доцільно виділяти три періоди з точки зору прояву негативних медико-соціальних наслідків бойової-черепно мозкової травми:

- короткостроковий до 6 місяців;
- середньостроковий – від 6 міс. до 2 років,
- довгостроковий – понад 2 роки.

Організація належної медичної допомоги, спрямованої як на подолання клінічних проявів травми у таких пацієнтів, так і на надання комплексної психологічної допомоги, соціальної та трудової адаптації цих пацієнтів, відповідна робота з їх родинами можуть стати запорукою до зменшення негативних медико-соціальних наслідків черепно-мозкової травми учасників бойових дій в довгостроковому періоді як для них самих так і для суспільного життя держави в цілому.

**Висновки.** Дослідження медико-соціальних наслідків черепно-мозкової травми учасників бойових дій має значну актуальність в сучасних умовах внаслідок розповсюдження цього виду уражень та значного спектру клінічних синдромів, що є наслідками такої травми та знижують якість життя хворих та членів їх родин, суттєво ускладнюють соціальну і трудову адаптацію пацієнтів, часто унеможливаючи їх повернення до нормального життя.

Слід підкреслити варіативність динаміки черепно-мозкової травми, що залежить як від зазначених вище прогностично значущих факторів, так і від правильно обраного та застосованого на різних етапах лікування комплексу медико-терапевтичних заходів, так, може бути і як процес повної компенсації, що завершується відновленням регуляторних систем, так і процес незавершеної компенсації, що

поступово призводить до стійких порушень механізмів регуляції не тільки в нервовій системі, але й в організмі в цілому.

Для організації належної моделі надання якісної медичної допомоги учасникам бойових дій з черепно-мозковою травмою доцільно виділяти три періоди з точки зору прояву негативних медико-соціальних наслідків: короткостроковий – до 6 місяців; середньостроковий – від 6 міс. до 2 років, довгостроковий – понад 2 роки.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у вивченні діючої моделі надання медичної допомоги та реабілітації учасників бойових дій з черепно-мозковою травмою та пошуку шляхів її удосконалення з урахуванням значної розповсюдженості даного типу уражень та їх негативних медико-соціальних наслідків для пацієнтів, їх близького оточення та соціуму.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Волошин П. В. Неврологические аспекты периодизации черепно-мозговой травмы / П. В. Волошин, И. И. Шогам // *Вопр. нейрохир.* - 1990. - № 6. - С. 25-27
2. Газзалиева Ш. М. Прогнозирование ограничения жизнедеятельности при травматической болезни головного мозга / Ш. М. Газзалиева, Н. Ю. Илюшина, Л. С. Хегай // В кн.: *Медико-социальная экспертиза и реабилитация* : Сб. науч. тр. – Вып. 8. - Минск, 2006. — С. 307 - 310.
3. Дворянчиков Н. А. Военно-врачебная экспертиза военнослужащих при ранениях и повреждениях центральной нервной системы при взрывной травме / Н. А. Дворянчиков, С. В. Клепиков, Н. И. Поляно // *Боевая травма нервной системы в условиях современных войн.* - М., 2002. - С. 140-143.
4. Помников В. Г. Особенности клиники, реабилитации и организации медико-социальной экспертизы больных с цереброваскулярной патологией, перенесших закрытую черепно - мозговую травму / В. Г. Помников, А. Ю. Макаров // *Обзорная информация.* - М. – ЦБНТИ – 2000. - Вып. 19. – 28 с.
5. Черненко І. І. Особливості проявів клінічної картини наслідків перенесеної бойової черепно-мозкової травми / І. І. Черненко // *Вісник наукових досліджень.* № 4 (65), 2011г. - С. 142-145.
6. Черненко И. И. Развитие цереброваскулярных нарушений у лиц с последствиями боевой черепно-мозговой травмы / И.И. Черненко // *Міжнародний медичний журнал.* Т. 17, № 4 (68), 2011, - с. 21-25.