

УДК 616.891:616-001

ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ (обзорная статья)

¹Назарова Е.О., ¹Карпов С.М., ¹Апагуни А.Э.

¹ГОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет»

Минздравоуразвития России, Ставрополь, e-mail: golikova.jenya@yandex.ru

Сочетанная травма (СТ) является в настоящее время одной из ведущих причин смертности населения. Длительность стационарного и амбулаторного лечения, прямые и косвенные потери трудового потенциала общества, значительные финансовые затраты на лечение делают СТ современной приоритетной проблемой. Данная статья представляет собой обзор литературы; акцент сделан на рассмотрении различных неврологических и психических нарушений, которые существенно усугубляют клинические проявления, снижая качество жизни больного. Изучение особенностей функционирования ЦНС при СТ играет важную роль в усовершенствовании помощи таким пациентам с привлечением комплексной деятельности психоневрологической службы.

Ключевые слова: сочетанная травма, психоневрологические расстройства, качество жизни.

PSYCHO-NEUROLOGICAL STATUS OF PATIENTS WITH ASSOCIATED TRAUMA (review)

¹Nazarova E.O., ¹Karpov S.M., ¹Apaguni A.E.

¹Stavropol State Medical University, Department of neurology, Stavropol,

e-mail: golikova.jenya@yandex.ru

Associated trauma is one of the leading causes of the population's death rate at the present time. The duration of inpatient and out-patient treatment, the direct and indirect losses of labor society potential, considerable financial expenditures on treatment make associated trauma as the priority issue. This article represents a review of the literature; the emphasis is made on consideration of different neurological and mental disorders, which substantially aggravate the clinical presentations, reducing patient's quality of life. Studying the specifics of functioning of the central nervous system during the associated trauma plays an important role in the improvement of care for these patients by involving a complex activity of the psychoneurological service.

Keywords: associated trauma, psychoneurological dissociations, quality of a life.

Господство научно-технического прогресса в XXI веке поставило перед человечеством ряд новых вопросов, связанных с интенсивной урбанизацией, растущей автоматизацией и механизацией производства, высотным строительством, увеличением автомобильного парка, скоростей средств передвижения, природными и антропогенными катастрофами, террористическими актами и другими боевыми действиями [1,2].

Ежегодно в мире от различных травм погибает около 1,5 млн чел. [10]. По оценкам ВОЗ, в Европе ежегодно происходит около 80 млн несчастных случаев. Частота травматизма составляет в среднем 2200 травм в день, или 90 случаев в час [7].

В структуре травм особое место занимает сочетанная травма (СТ), которая в настоящее время является одной из трех основных причин смертности населения, причем у людей в возрасте до 40 лет она становится лидирующей [2,4]. В России, как и в развитых странах Европы и США, главной причиной СТ является дорожно-транспортный травматизм, составляющий от 50 до 70%, далее следует бытовая травма (26–30%), реже - падения с высоты (6%), производ-

ственные (3%) и спортивные (1%) травмы. В автомобильных катастрофах, по данным ВОЗ, ежегодно гибнет 300 тыс. человек, 8 млн. получают тяжелые травмы [7]. За последние годы во многих странах мира (Япония, Канада) транспортный, особенно автомобильный, травматизм вырос до размеров национального бедствия. В России от ДТП ежегодно гибнет население 35-тысячного города [5], а безопасность дорожного движения в последние 10-15 лет катастрофически ухудшается. Показатель тяжести дорожно-транспортных происшествий (т.е. количество погибших из 100 пострадавших) является одним из самых высоких в мире - 14,7. В таких странах как США, Германия и Великобритания он в 10 раз ниже - 1,4-1,7 [8,18]. У половины пострадавших возникают тяжелые и критические состояния, травматический шок, в результате чего госпитальная летальность при СТ в 3, 1 раза выше, чем у больных с изолированной травмой, и колеблется от 25 до 60% [1,2,4,10]. Досуточная летальность распределяется следующим образом: до 1 ч от момента наступления травмы погибает 15,09%, до 3 ч - 22,64%, до 6 ч - 13,2%, к концу первых суток - 49,05% [7].

Актуальность подобных исследований в Ставропольском крае неуклонно возрастает [3,6,13,14]. С января 2011г. на базе МБУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г.Ставрополя» функционирует отделение сочетанной травмы в рамках реализации программы улучшения качества помощи пострадавшим при ДТП в Российской Федерации. В ходе последних исследований было отмечено, что количество травм в г. Ставрополе ежегодно возрастает. За период с 2011 по 2013гг. прирост составляет 8,8%. Жертвами ДТП становятся преимущественно лица мужского пола возрастной группы от 18 до 50 лет. Среди детей группой риска по дорожно-транспортному травматизму становятся преимущественно подростки от 10 до 15 лет. Проведенные исследования по анализу хронобиологии травматизма выявили «час-пик»относительно высокой аварийности для взрослых в промежутке 18.00-21.00; для детей 18.00-19.00 часов. Этот факт может иметь огромное значение в проведении профилактически-разъяснительных мероприятий среди населения с акцентом на указанное время [6].

По данным эпидемиологических исследований, экономический ущерб, связанный со смертельными исходами от травм, составляет 300 млн. долларов США в год (из расчета 19 тысяч долларов за одного погибшего); в связи с временной нетрудоспособностью - 710 млн. долларов США (из расчета 119 долларов за один день нетрудоспособности). Т.о. значительные затраты на лечение таких больных, длительные сроки реабилитации, высокий процент летальности и инвалидизации делают эту проблему не только медико-социальной, но и экономической [12,18].

Интерес к проблеме изучения психоневрологического статуса и дисбаланса вегетативной регуляции при сочетанной травме определен сложностью и неоднозначностью клинико-патогенетических особенностей ее протекания. Длительный период иммобилизации, невозможность выполнения привычных действий, хронический болевой синдром, неоднозначность результатов длительного лечения способствуют формированию персистирующей стрессовой ситуации, что обуславливает возникновение дисбаланса в нейрорегуляции и тем или иные расстройства высших психических функций [9,15].

Нозологические особенности СТ рассматривались рядом авторов с позиций возникновения психосоматических и пограничных психических расстройств [5,9]. В основе развития таких нарушений лежит

соматогенный фактор: объем и степень тяжести травматического поражения (множественность поражения костей и мягких тканей, площадь раневой поверхности, течение репаративных процессов и др.), астения, гиподинамия, приводящая к дестабилизации работы нервной, сердечно – сосудистой, дыхательной систем [5,9]. Не следует забывать и о личностной реакции на травму [9]. Потеря или трудности дальнейшего приобретения социального, семейного и профессионального статуса с возможностью инвалидизации, не говоря уже о непосредственной угрозе жизни, вкпе играют существенную роль в развитии психических нарушений у лиц с СТ [17]. Подобные исследования проводились в Дальневосточном медицинском университете: основными выявленными особенностями являлись наличие высокого уровня тревожности и значительная частота встречаемости синдрома вегетативной дисфункции[11]. Возникновение пограничных психических расстройств при СТ рассматривал Краля О.В. Частота встречаемости их составляет 44,8%, при этом ведущее место отводится астеническим реакциям (45,4%), депрессивным (41,0%), тревожно - фобическим (10,0%) и ипохондрическим (3,6%). Также была установлена зависимость выраженности такого рода расстройств от локализации и степени поражения. Т.о. чаще психосоматические нарушения наблюдались при множественных повреждениях опорно-двигательного аппарата и груди в сочетании с черепно-мозговой травмой, нарушениями дыхательной деятельности и инфекционными осложнениями [9]. Шейн А.П. и соав. в ходе исследования состояния ЦНС у больных с СТ выявили, что ЭЭГ-изменения сохраняются дольше очаговой полушарной неврологической симптоматики, что свидетельствует о существовании длительно сохраняющихся регуляторных изменений функционирования головного мозга и ствольных структур на фоне компенсированного состояния больных. Персистирование этих изменений может быть также обусловлено взаимно отягощающими скелетными травмами или повреждением других анатомических областей [16]. Христофорандо Д.Ю. отмечал следующие неврологические изменения при СТ: расстройство памяти в 51% случаев; в 86% случаях наличие рассеянности и трудности в концентрации внимания; расстройства со стороны черепной иннервации в 80% случаев. Нейрофизиологическое исследование выявило удлинение латентного периода вызванных потенциалов; по данным УЗДГ - нарушения церебральной гемодинамики в виде ангиоспа-

стических и ангиодистонических нарушений; результаты кардиоинтервалографии указывают на неадекватное вегетативное обеспечение в виде снижения симпатического влияния [15]. Ряд авторов предполагает развитие при СТ, а особенно при СЧМТ, аутоиммунного воспаления мозговой ткани, индикатором чего на сегодняшний день является определение уровня нейронспецифических белков [15]. Следует отметить, что на сегодняшний день клинико-психоневрологические аспекты СТ изучены недостаточно.

Таким образом, тяжесть клинических проявлений, трудности диагностики и лечения, длительность реабилитационного периода, стойкие резидуальные изменения систем органов, в том числе и нервной регуляции, обуславливают необходимость дальнейшего углубленного изучения сочетанной травмы, ее связей с региональными и хронобиологическими особенностями, оценки качества жизни пострадавших, усовершенствования не только специализированной травматологической помощи, но и комплексной деятельности психоневрологической службы.

Список литературы

1. Агаджанян В.В. Основные принципы организации и тактики медицинской транспортировки пострадавших с политравмой // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2009. – №1. – С 57-59.
2. Анкин Л.Н. Политравма (организационные, тактические и методологические проблемы). – М.: Медицина, 2004. – 206 с.
3. Апагуни А.Э., Сергеев И.И., Шишманиди А.К. Анализ летальности в отделении сочетанной травмы МБУЗ ГКБ СМП г. Ставрополя // Актуальные проблемы травматологии и ортопедии: сборник материалов VII науч.-прак. Конференции травматологов-ортопедов ФМБА России 7-8 июня 2012 г., – Томск, 2012. – С. 11-12.
4. Гуманенко Е.К. Политравма. Актуальные проблемы и новые технологии в лечении // Новые технологии в военно-полевой хирургии и хирургии повреждений мирного времени: мат.-лы междунар. конф. – СПб., 2006. – С. 4-14.
5. Дробижев М.Ю. Нозогении (психогенные реакции) у больных соматической патологией // Материалы XIV съезда психиатров РФ. – М., 2000. – С.77-78.
6. Карпов С.М., Апагуни А.Э., Назарова Е.О., Ульяновченко М.И., Власов А.Ю., Сергеев И.И., Шишманиди А.К., Эсеналиев А.А. Особенности ДТП у жителей г. Ставрополя относительно времени суток // Международный журнал экспериментального образования. – 2013. – №10. – С. 349-351.
7. Королев В.М. Эпидемиологические аспекты сочетанной травмы // Дальневосточный медицинский журнал. – Хабаровск. 2011. – № 3. – С. 124-128.
8. Коновалов А.Н., Лихтерман Л.Б., Потапов А.А. Черепно-мозговая травма // Клиническое руководство. – М., 2001. Том II. Гл. 7.
9. Краля О.В. Клиническая типология, реабилитация и психопрофилактика нозогенных пограничных психических расстройств у лиц с сочетанной травмой: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 2009. – 24 с.
10. Мункожаргалов Б.Э. Эпидемиология сочетанной травмы // Бюл. ВСНЦ СО РАМН. – 2005. – №3. – С. 109-110.
11. Пудов А.Н., Спиридонова Е.А., Дробышев А.Ю., Бобринская И.Г., Лагутин М.Б. Психологический статус у пациентов с острой травмой нижней челюсти // Общая реаниматология. – 2012. – № 1. – С. 31-35.
12. Сиротко В.В., Косинец А.Н., Глушанко В.С. Множественная и сочетанная травма в структуре травматизма // Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2004. – Том 3. №1. – С. 104-107.
13. Ульяновченко М.И., Апагуни А.Э., Карпов С.М. Динамика показателей травматизации в зависимости от механизма травмы у пострадавших в ДТП жителей г. Ставрополя // Кубанский научный вестник. – 2013. – №5. – С. 180-184.
14. Ульяновченко М.И., Ходжаян А.Б., Апагуни А.Э., Карпов С.М., Назарова Е.О., Шишманиди А.К., Сергеев И.И., Власов А.Ю. Анализ дорожно-транспортного травматизма у жителей г.Ставрополя // Фундаментальные исследования. – 2013. – №5 (часть 2). – С. 427-430.
15. Христофорандо Д.Ю. Карпов С.М. Сочетанная травма челюстно-лицевой области, вопросы диагностики, нейрофизиологические аспекты // Российский стоматологический журнал. – 2011. – №6. – С. 23-24.
16. Шейн А.П., Бойчук С.П., Кривоногова З.М., Скрипников А.А. Состояние центральной нервной системы у больных с сочетанной травмой в процессе комплексного восстановительного лечения // Гений ортопедии. – 2006. – №6. – С. 59-64.
17. Kalling L., Uhler H., Priker H., Kullrich W., Kurz R.W. // J. Trauma. – 2005. – Vol. 2. – P. 234-240.
18. Scaela T. Focused assessment with sonography for trauma (FAST): Result from an International Consensus Conference // J. Trauma. – 1999. – Vol. 3. – P. 466-472.