

# Легка черепно-мозкова травма: стан проблеми в Україні та шляхи її вирішення

**Черепно-мозкова травма (ЧМТ) залишається однією з основних причин інвалідизації та смерті у мирний час. Середня частота ЧМТ у світі становить 1,8-5,4 випадки на 1 тис. населення і, за даними ВООЗ, зростає в середньому на 2% за рік. Щороку у світі від ЧМТ гинуть 1,5 млн осіб, ще 2,4 млн стають інвалідами. ЧМТ найчастіше трапляється у молодих працездатних людей віком від 15 до 24 років. Окрему проблему охорони здоров'я становлять легкі закриті ЧМТ, до яких належать струс головного мозку (СГМ) та забиття головного мозку першого ступеня. Незважаючи на відносну «легкість» перебігу в гострому періоді, легка ЧМТ небезпечна своїми віддаленими наслідками, які можуть порушувати життєдіяльність, працездатність постраждалих і навіть призводити до інвалідності. Зважаючи на те, що легкі ЧМТ становлять переважну частку у структурі всіх ЧМТ, стає очевидною висока медико-соціальна значимість цієї патології. Найбільш вагомими клінічними та соціальними аспектами проблеми легких ЧМТ в інтерв'ю з кореспондентом «Здоров'я України» висвітлила провідний науковий співробітник відділу психоневрології, психотерапії і медичної психології Українського державного науково-дослідного інституту медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України (м. Дніпропетровськ), кандидат медичних наук Алла Григорівна Кириченко.**

— У чому полягає проблема ЧМТ в Україні? Яку динаміку демонструють показники частоти ЧМТ та її наслідків за останні роки?

— Річна частота ЧМТ у нашій країні в середньому становить 3-4 випадки на 1 тис. населення. Вітчизняна ситуація з ЧМТ характеризується високою частотою постраждалих дітей, осіб молодого і середнього віку, високою летальністю та інвалідизацією, важким тягарем наслідків із стійкою і тимчасовою втратою працездатності для сімей постраждалих, суспільства та держави загалом, переважною антропогенністю і техногенністю ЧМТ. ЧМТ в Україні посідає третє місце після серцево-судинних та онкологічних захворювань серед найпоширеніших причин смерті. Однак у віковій категорії дітей, осіб молодого і молодшого середнього віку ЧМТ залишила своїх «конкурентів» далеко позаду, перевищуючи показник смертності від серцево-судинних захворювань у 10 разів, а від онкопатології — у 20 разів. Інвалідність унаслідок ЧМТ серед дорослого населення працездатного віку значно вища, ніж серед дорослого населення непрацездатного віку. При цьому високий рівень інвалідності населення у зв'язку з ЧМТ у працездатному віці поряд з індустріальними областями з добувною промисловістю (Донецькою, Дніпропетровською, Луганською) зафіксовано в таких переважно сільськогосподарських регіонах, як АР Крим, Рівненська, Івано-Франківська, Черкаська, Житомирська області та деяких інших. Таким чином, фактичне зростання частоти нейротравми, високі показники летальності й інвалідності, зміна соціального статусу постраждалих і невтішні дані довгострокових прогнозів виводять ЧМТ в розряд пріоритетних у вирішенні медико-соціальних проблем.

— Яка частка в структурі ЧМТ належить легким травмам? Наскільки актуальною є проблема легкої ЧМТ?

— Згідно із сучасною міжнародною класифікацією хвороб (МКХ-10) до легких ЧМТ зараховують СГМ та забиття головного мозку I ступеня. У сучасній медицині за клінічним перебігом виділяють найгостріший, гострий, проміжний і віддалений періоди ЧМТ.

СГМ — це симптомокомплекс порушень функцій головного мозку, який виникає у зв'язку з ЧМТ без явних морфологічних змін мозкової тканини. СГМ посідає перше місце у структурі черепно-мозкового травматизму поряд із забиттям головного мозку легкого ступеня (I ст.). У різних регіонах нашої країни він становить від 63 до 90% усіх ЧМТ. Прямі й непрямі економічні збитки, пов'язані з лікуванням СГМ, доволі значні, оскільки легку ЧМТ отримують здебільшого молоді люди працездатного віку. В останні роки дещо змінилися класифікація й періодизація гострого та віддаленого періодів легкої ЧМТ, а також робляться

спроби перегляду тривалості тимчасової непрацездатності при СГМ. В основному це пов'язане з об'єктивізацією наявності СГМ.

Значна частота, відмінності перебігу і прогнозу легкої ЧМТ вимагають удосконалення класифікації її наслідків. Вона має бути комплексною (багатоплановою), урахувати можливість діагностики у віддаленому періоді прямих наслідків травми і патогенетично пов'язаних із нею синдромів, а також основні варіанти перебігу травматичної хвороби головного мозку. Сучасна класифікація наслідків ЧМТ складається з чотирьох розділів, які взаємно доповнюють один одного, тому багато клінічних форм ЧМТ наведено в кількох її розділах.

За патогенетичними особливостями виникнення (розвитку) виокремлюють:

— переважно прямі наслідки: геміпарез, афазія, геміанопсія, вестибулопатія, хронічна субдуральна гематома, гідроцефалія з гіпертензивним синдромом, астеничний синдром та інші, а також поєднання перерахованих наслідків;

— переважно непрямі (опосередковані) наслідки: синдром вегетативної дистонії, післятравматична артеріальна гіпертензія, ранній церебральний атеросклероз, нейроендокринні синдроми, нормотензивна сполучена гідроцефалія, пізні форми післятравматичної епілепсії, психоорганічний синдром та інші, а також поєднання цих наслідків.

Запропонована нова класифікація більш повно відображає різноманіття клінічних форм травматичної хвороби головного мозку, їхні патогенетичні особливості і варіанти перебігу. Її доцільно використовувати при вирішенні завдань медико-соціальної експертизи, розробці індивідуальної програми реабілітації.

— Яких найбільш поширених помилок припускаються лікарі у роботі з постраждалими від легких ЧМТ? Як їм запобігти?

— На сучасному етапі накопичено величезний обсяг дослідницької інформації стосовно ЧМТ. Всесвітньою організацією охорони здоров'я затверджено рекомендації щодо надання допомоги особам, які постраждали внаслідок травм, у тому числі черепно-мозкових. Незважаючи на це, лікарі, як і раніше, зазнають труднощів при діагностиці, оцінці важкості перебігу, лікуванні, реабілітації, медико-соціальної експертизі нейротравми як у гострому, так і віддаленому періодах.

Слід зазначити, що через відносну «легкість» перебігу СГМ часто лікарі недостатньо відповідально і кваліфіковано підходять до об'єктивізації цього діагнозу. Лікарі стаціонарного рівня орієнтуються на діагнози «швидкої допомоги», суб'єктивні скарги постраждалих, анамнез захворювання (зі слів постраждалого) за відсутності будь-якої органічної симптоматики в неврологічному статусі. Лікарі амбулаторного рівня повністю довіряють встановленим у лікарнях діагнозам, продовжують ліку-

вати хворих за загальними схемами СГМ. У деяких випадках постраждалі протягом тривалого часу залишаються тимчасово непрацездатними і можуть бути направлені на проходження медико-соціальної експертної комісії (МСЕК), особливо якщо ЧМТ трапилася на виробництві або була повторною. Дійсно, в деяких випадках діагностика СГМ є складним завданням, оскільки потребує уважного пошуку фактів, які підтверджують травму. Облік та співставлення всіх клінічних характеристик ЧМТ, уважний неврологічний огляд хворого, уточнення загального анамнезу, дослідження крові на вміст алкоголю та інші аналізи, як і спостереження за хворим у динаміці, допоможуть встановити об'єктивний клінічний діагноз СГМ, а це дасть змогу лікарям МСЕК ухвалити правильне рішення щодо групи та причини інвалідності.

— Які діагностичні та лікувальні втручання є обов'язковими у пацієнтів з легкою ЧМТ в гострому періоді?

— Відповідно до розроблених нормативів надання медичної допомоги хворим при легкій ЧМТ в гострому періоді всім пацієнтам із СГМ необхідно проводити неврологічний та соматичний огляди, рентгенографію черепа у двох проекціях, ехоенцефалографію, лямбальну пункцію з аналізом ліквору, за показаннями — комп'ютерну томографію, визначення групи крові, резус-фактора, загальноклінічні аналізи крові і сечі, реакцію Вассермана, аналіз крові на глікемію, вміст алкоголю, пробу Раппопорта. Хворим із забиттям головного мозку легкого ступеня показані всі вищезазначені діагностичні заходи, а також електроенцефалографічне дослідження на 5-7-й день.

Причинний зв'язок різноманітних процесів, які можуть погіршити перебіг отриманої травми, може бути встановлений із урахуванням преморбідної соматичної патології і потребує обов'язкової параклінічної верифікації з використанням найбільш інформативних сучасних діагностичних методів. До них належать рентгеновська комп'ютерна та магнітно-резонансна томографія, ультразвукова доплерографія церебральних судин, відповідна лабораторна діагностика у разі підозри на інфекційно-алергічний характер уражень. У кожному випадку необхідне адекватне трактування отриманої візуальної інформації з урахуванням спадкових, перинатальних і вікових патоморфологічних змін мозку, технічних можливостей використаної апаратури.

Лікування постраждалих від легкої ЧМТ полягає в призначенні седативних, знеболюючих препаратів, дегідратаційних засобів при високому лікворному тиску або гідратаційних — при низькому, гемостатичній терапії (протягом 1-2 діб), ноотропів, вітамінів групи В та Е, вазоактивних засобів — за показаннями. Якщо ЧМТ була отримана у стані алкогольної інтоксикації, показана дезінтоксикаційна терапія.

Середня тривалість стаціонарного лікування хворого із СГМ — 2-3 дні, забиттям головного мозку легкого ступеня — 8-10 днів, подальше лікування проводять під амбулаторним наглядом невролога.

— Які основні принципи ведення легкої ЧМТ у реабілітаційному періоді?

— Як уже зазначалося, легкі ЧМТ становлять приблизно 60-95% від загальної кількості зареєстрованих ЧМТ. Ураховуючи високу соціальну значимість проблеми і завантаженість лікувальних закладів пацієнтами цієї категорії, було переглянуто нормативи надання їм медичної допомоги з максимальним обмеженням стаціонарного лікування і скороченням термінів перебування на лікарняному листі. Враховуючи швидкий регрес загально-мозкової та вогнишевої симптоматики з боку центральної нервової системи (ЦНС) при легких ЧМТ, постільний режим рекомендований у першу добу, а через 1-3 дні пацієнт може повернутися до повсякденної активності. Для прискорення реабілітації у цього контингенту хворих широко використовують препарати з ноотропною та нейротрофічною дією. Нейропротекція також є дуже перспективним напрямом у профілактиці й терапії вторинних віддалених наслідків ЧМТ, особливо нервово-психічних порушень.

— Наскільки актуальною є проблема віддалених наслідків ЧМТ, чи можливо їх уникнути у більшості хворих?

— У 47-90% випадків після перенесеної ЧМТ розвиваються віддалені наслідки, які негативно впливають на життєдіяльність потерпілих та навіть можуть призводити до інвалідності. Аналіз медико-експертної документації свідчить про те, що збільшення кількості хворих з наслідками травм, яким продовжено лікування й перебування на лікарняному листі, має позитивне значення, оскільки у більшості випадків продовження термінів тимчасової непрацездатності за рішенням МСЕК хворим із сприятливим клінічним і трудовим прогнозом і здійснення в цей період максимально можливих лікувально-реабілітаційних заходів зумовлює повне відновлення працездатності. Це в подальшому може сприяти зниженню рівня первинної інвалідності.

Із загальної кількості постраждалих від ЧМТ через 2-4 роки після травми тільки у 20% відзначають повну клінічну та соціально-трудова компенсацію, у інших 80% спостерігається різна за структурою і вираженням післятравматична церебральна патологія, яка у свою чергу призводить до обмеження життєдіяльності хворих того чи іншого ступеня. У 48% хворих з наслідками легких ЧМТ після нетривалого періоду відносного благополуччя захворювання набуває підгострого розвитку з подальшим ремітуючим перебігом, у 33% постраждалих спостерігається ремітуючий перебіг, у 19% — прогредієнтний. У складній поліморфній і полісиндромній клінічній структурі наслідків можна виділити домінуючі клінічні синдроми, які характеризуються функціональною неповноцінністю і соціально-трудова дезадаптацією хворих. Серед них перше місце посідає синдром лікворної гіпертензії (38,5%), друге — астеничний (35%), третє — синдром вегетативно-судинної дисфункції (12%), четверте — вегетативні розлади (8,5%), п'яте і шосте — вестибулярний (4%) та епілептичний (4%) синдроми.

Проведені дослідження показали, що клінічна картина віддалених наслідків легких закритих ЧМТ мало відрізняється від проявів травм середньої тяжкості, хоча в гострому періоді різниця стану здоров'я постраждалих дуже помітна. Вочевидь, у пацієнтів, які перенесли ЧМТ легкого й середнього ступеня тяжкості, з роками



виникає зближення клінічної картини захворювання, у якій поступово згладжується вогнищева органічна симптоматика і на першій план виходять нейродинамічні розлади (вегетативно-судинні, лікворно-дисциркуляторні, вестибулярні), пов'язані з функціональною недостатністю надсегментарних вегетативних і неспецифічних структур головного мозку. Ретроспективна патогенетична оцінка ЧМТ показала, що у 29% випадків легка травма визначалася не тільки наявністю СГМ, а й незначними забиттями (забиття I ст.), клінічні прояви яких можуть маніфестувати лише на більш віддалених етапах захворювання.

Клінічно-катамнестичні та клінічно-патологічні співставлення, проведені в Українському державному науково-дослідному інституті медико-соціальних проблем інвалідності, дали змогу визначити діагностичні і прогностичні критерії станів клінічної та соціально-трудової компенсації або декомпенсації, які слід враховувати при диспансеризації хворих, які перенесли легку ЧМТ, а також при виборі тактики вторинної профілактики.

Оцінюючи стан життєдіяльності хворих після ЧМТ, слід враховувати тяжкість нейротравми, ефективність проведеного лікування в гострому, проміжному і віддаленому періодах, перебіг і ступінь тяжкості дефіцитарних, психічних, ліквородинамічних, вегетативно-судинних та епілептичних синдромів. Окрім цього, обов'язково враховують комплекс соціальних факторів. Вирішальне значення при проведенні МСЕК надається тяжкості дефіцитарних та психопатологічних синдромів і їх поєднань. Легкі функціональні порушення або практично повне одужання хворих не обмежують їх життєдіяльності, а тому інвалідами вони не визнаються. У деяких випадках, коли після перенесеної травми залишаються функціональні порушення, які впливають на якість життя хворого, виникає потреба у визначенні їх інвалідами або (у разі отримання ЧМТ на виробництві) у визначенні відсотків втрати професійної працездатності.

– Чи є обґрунтованим широке застосування в лікуванні легких ЧМТ ноотропів з різними механізмами дії?

– Проблема лікування постраждалих унаслідок ЧМТ доволі складна і ще далеко не повною мірою вирішена, незважаючи на багатий накопичений досвід. Беззаперечним є положення про те, що лікування ЧМТ має бути комплексним і раннім. У патогенезі легкої закритої ЧМТ, зокрема СГМ, роль пускового механізму належить дисфункції ретикулярної формції (РФ) стовбура головного мозку. Порушення синаптичних зв'язків на різних рівнях РФ призводять до блокади імпульсів активуючої ретикулокортикальної системи і зниження функціонування нейрональних комплексів кори головного мозку. Подібний патогенетичний механізм розладів свідомості є провідним при легкій нейротравмі. Тому СГМ розглядають як складний комплекс функціональних та морфологічних змін головного мозку. Особливо чутлива до механічної травми судинна система гіпоталамічної області й підкорково-стовбурових структур головного мозку. Розвинені ангіоспазматичні й дистонічні прояви призводять до розвитку гіпоксії мозкової тканини й метаболічних порушень. Тому і в гострому, і у віддаленому періодах легкої ЧМТ доречним є призначення лікарських засобів, які нормалізують циркуляторно-метаболічні розлади та функціональний стан лімбікоретикулярного комплексу.

Обсяг терапевтичного впливу залежить від гостроти процесу й патогенетичних закономірностей травматичного

пошкодження мозку. Слід враховувати, що алкогольна інтоксикація та ятрогенний фактор у вигляді неадекватних призначень можуть поглибити ушкодження мозку. Призначення нейротрансмітерних препаратів, у тому числі ноотропів, у терапевтичних дозах у багатьох випадках істотно скорочує термін відновлення адекватного функціонування ЦНС, запобігає розвитку затяжних астеничних станів. Доречно призначити ноотропи в першій половині дня (вранці і в обід), а седативні засоби – на ніч.

– Чи існують переваги на користь вибору певних препаратів?

– Враховуючи важливу патогенетичну роль метаболічних порушень, а також велике значення відновлювальних про-

цесів у травматичному пошкодженні мозкової тканини, закономірним є інтерес дослідників і клініцистів до препаратів нейрометаболічної, антиоксидантної та мембраностабілізуючої дії. Один з найбільш вивчених і найвідоміших засобів із комплексною дією є ніцерголін – антагоніст  $\alpha_{1A}$ -адренорецепторів, периферичний вазодилататор. Препарат ніцерголіну Ніцеріум компанії «Сандоз» широко призначають для лікування легких ЧМТ як у режимі монотерапії, так і в комбінації з іншими лікувальними підходами. При цьому Ніцеріум добре переноситься хворими, побічні дії спостерігаються рідко, що дає змогу призначити препарат довготривалими курсами. У клінічних спостереженнях зазначено, що Ніцеріум може позитивно

впливати на параметри мозкового кровообігу, підвищує нейрональну активність, пластичність мозку, покращує відновлення функціональних порушень при легкій ЧМТ. На фоні призначення Ніцеріума показники церебральної гемодинаміки вирівнюються до фізіологічних. Найбільш помітна дія цього препарату проявляється в нормалізації тону судин головного мозку, що сприяє зменшенню частоти вегетативних пароксизмів і проявів перманентних вегетативних розладів. Усе це запобігає формуванню віддалених наслідків легкої ЧМТ.

*Ніцеріум 30 УНО призначається для прийому 1 раз на добу протягом не менше ніж 3 міс.*

Підготував **Дмитро Молчанов**

37



## Периферичний вазодилататор

# НИЦЕРІУМ®

ніцерголін



Інформація для фахівців

Ніцеріум 30 УНО  
№ UA/9336/01/01 від 02.02.2009  
№ 51  
Ніцеріум 10 мг № UA/04771-2/02  
от 20.07.2006 № 499

**SANDOZ**  
Здорові рішення

НИЦЕРІУМ. Скорочена інструкція для медичного застосування. Будь ласка, перед призначенням препарату уважно прочитайте повну інструкцію!

**Склад:** 1 капсула містить ніцерголіну 30 мг; 1 таблетка містить ніцерголіну 10 мг. **Фармакотерапевтична група:** Периферичні вазодилататори. Алкалоїди ріжків. Код АТС С04А Е02. **Показання.** Для лікування станів, що характеризуються погіршенням когнітивної функції, станів після інсульту, судинної деменції (мультиінфарктна деменція), дегенеративних станів, пов'язаних із деменцією (сенільна та пресенільна деменція альцгеймерського типу, деменція при хворобі Паркінсона), оскільки препарат сприятливо впливає не тільки на стан когнітивної функції, але й на порушення настрою та поведінки – позитивно впливає на рівень бадьорості, здатність до концентрації та емоційний стан. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до ніцерголіну, інших алкалоїдів ріжків або до будь-якого з інгредієнтів препарату. Нещодавно перенесений інфаркт міокарда, гострі кровотечі, тяжка брадикардія (<50 уд/хв), артеріальна гіпотензія, ортостатична дисрегуляція, одночасне лікування симпатоміметиками, що стимулюють  $\alpha$ -ч  $\beta$ -рецептори. **Період вагітності і годування груддю.** Дитячий вік. **Застосування у період вагітності або годування груддю.** Ніцерголін не слід призначати під час вагітності, оскільки досвід щодо безпеки його застосування у цей період відсутній. Не слід застосовувати препарат у період годування груддю, оскільки не відомо, чи потрапляє ніцерголін в материнське молоко. **Упаковка.** По 10 капсул у білестері; по 3 (3 x 10) білестери в картонній коробці. **Категорія відпуску.** За рецептом. Увага! Інформація щодо способу застосування, дозування та побічної дії препарату міститься у повній інструкції для медичного застосування, тому призначення препарату без ознайомлення з нею є неприпустимим.