

ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ НА ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

О.И. ХВАН, Т.Х. ЗИКРИЛЛАЕВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент

БОШ МИЯ ЖАРОҲАТИ КЛИНИК КЕЧИШИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИГА МАСТЛИК ҲОЛАТИНИНГ ТАЪСИРИ

О.И. ХВАН, Т.Х. ЗИКРИЛЛАЕВ

Тошкент педиатрия медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

INFLUENCE OF ALCOHOL INFLUENCE ON THE PECULIARITIES OF THE COURSE OF BRAIN-BRAIN TRAUMA

O.I. HVAN, Th. ZIKRILLAEV

Tashkent Pediatric Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Tashkent

Спиртли ичимлик захарланиши янада оғир шикастланишларга олиб келади: спиртли ичимликларни истеъмол қилиш. Жиддий БМТ бўлган беморларда ўлим даражаси 30% га етади. Спиртли ичимликларни интоксикацияси билан травмани миёя яримлиги ва фокал симптомларини регресс вақти, соғлом беморларга нисбатан ўртача 28-30% орасида.

Калим сўзлар: БМТ, спиртли захарланиш, клиник

Alcoholic intoxication leads to more severe injuries: those who suffer from alcohol intoxication. Mortality in patients with severe craniocerebral injury reaches 30%. The time of recurrence of cerebral and focal symptoms with a combination of trauma with alcohol intoxication is longer than in sober patients, on average by 28-30%.

Key words: craniocerebral trauma, alcoholic intoxication, clinic.

Острая алкогольная интоксикация (АИ) ассоциируется с повышенным риском производственного и дорожного травматизма, а также травм, полученных в результате падений с высоты [2, 3, 4]. Результаты исследований, проведенных в клиниках неотложной помощи различных стран мира, как правило, свидетельствуют о более высоком уровне связанных с алкоголем проблем среди жертв несчастных случаев по сравнению с пациентами, поступившими без травм [4, 7].

В одном из исследований показано, что 45% пациентов, госпитализированных по поводу различных травм, имели связанные с алкоголем проблемы согласно тесту CAGE [5]. Согласно результатам проведенного в США проспективного когортного исследования, у 47% пациентов, поступивших в отделение неотложной помощи, в крови обнаружен алкоголь, причем у 35,8% концентрация алкоголя превышала 1 г/л [6]. Обзор работ, посвященных изучению распространенности алкогольных проблем среди пациентов клиник неотложной терапии в разных странах мира, показал, что алкоголь в крови обнаруживается у 6–32% жертв несчастных случаев [4].

В некоторых исследованиях, проведенных согласно дизайну случай-контроль, продемонстрирована дозозависимая связь между алкоголем и риском травматизма. Результаты исследования, проведенного в Австралии, показали, что риск

несчастного случая повышается в три раза после употребления более 60 г алкоголя и в пять раз – после употребления более 90 г [3]. Согласно данным другого исследования, проведенного в Мексико-Сити, риск получения травмы прогрессивно растет при употреблении более одной дозы алкоголя [2]. В исследовании, проведенном в клиниках неотложной помощи десяти стран мира под эгидой ВОЗ, показано, что вероятность несчастного случая повышается при употреблении одной стандартной дозы алкоголя (10 г абсолютного алкоголя), а при употреблении шести и более доз риск возрастает в 10 раз [6].

Установлено, что риск травматизма определяется не только суммарной дозой, но и стилем употребления алкоголя. В частности, показано, что эксплозивный стиль потребления алкоголя является главным фактором риска травмы головы, причем этот риск прямо пропорционален содержанию алкоголя в крови [1]. По данным некоторых авторов около трети пострадавших получают черепно-мозговую травму (ЧМТ) в состоянии алкогольного опьянения, причем диагностические ошибки, несмотря на применение дополнительных методов исследования, могут достигать 50%.

Таким образом, частота ЧМТ и АИ, высокий уровень инвалидизации больных среди лиц трудоспособного возраста указывают на большую общемедицинскую и социальную значимость

изучения клинико-диагностических аспектов ЧМТ на фоне АИ.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей течения черепно-мозговой травмы (ЧМТ), полученной в состоянии алкогольного опьянения

Материалы и методы. Состояние алкогольного опьянения констатировалось на основании результатов анализа крови на содержание алкоголя у 137 (48,6%; 95% ДИ: 42,8 - 54,1) человек. Из пациентов с ЧМТ, поступивших в состоянии алкогольного опьянения, 41 (29,9%; 95% ДИ: 22,3 - 37,6) получили травму в быту (8 чел./5,8% - падение на плоскости, 26 чел./19% - нападение, 7 чел./5,1% - упали с высоты), 77 (56,2%; 95% ДИ: 47,9 - 64,5) пострадали в ДТП; в 19 (13,9%) случаях - обстоятельства травмы остались неизвестными.

Анализ особенностей течения ЧМТ, полученной в состоянии алкогольной интоксикации, проводился в форме сравнения с течением ЧМТ у 180 пациентов, получивших травму в трезвом состоянии. Анализировались следующие признаки: степень тяжести СЧМСТ, область поражения скелета, наличие, объем и количество внутричерепных гематом, травматического субарахноидального кровоизлияния, состояние сознания на момент поступления, наличие общемозговой, очаговой симптоматики, выраженность и время регресса патологических симптомов, наличие психопатологической симптоматики, вид оперативного вмешательства, осложнения в виде отека головного мозга, количество проведенных койко-дней.

Результаты и обсуждение. Из пациентов, находившихся в состоянии алкогольного опьянения на момент поступления, преобладали мужчины - 122 (89,1%; 95% ДИ: 83,8 - 94,3) человек. Из них 55 (45,1%; 95% ДИ: 36,3 - 53,9) человек находились в состоянии опьянения легкой и средней тяжести, 67 (54,9%; 95% ДИ: 46,1 - 63,7) человек - в состоянии тяжелого и крайне тяжелого алкогольного опьянения. Выявлена закономерность, согласно которой более высокая концентрация алкоголя в крови ассоциируется с более тяжелой черепно-мозговой травмой. Так, частота тяжелого и крайне тяжелого опьянения в случаях тяжелой ЧМТ была выше, чем при легких ЧМТ.

Летальность у пациентов с алкогольной интоксикацией составила 8,7%, а у трезвых 2,7% и различия в 3,2 раза значимы ($p < 0,05$). Из них у 10 (83,3%; 95% ДИ: 62,2 - 104,4) человек констатировано тяжелое и крайне тяжелое алкогольное опьянение. Тяжелая ЧМТ значимо чаще в 1,7 раза наблюдалась при АИ - 28 (20,4%; 95% ДИ: 13,7 - 27,2) пациентов, чем у 17 (11,7%; 95% ДИ: 6,5 - 17,0) пациентов, поступивших в трезвом состоянии.

Открытые переломы костей черепа чаще в 6,6 раза наблюдались среди 19 (13,9%; 95% ДИ: 8,0 - 19,7) пациентов на фоне АИ, чем среди 3 (2,1%; 95% ДИ: 0,25 - 4,4) трезвых пациентов ($p < 0,05$).

Нарушение сознания у пострадавших с ЧМТ в состоянии алкогольного опьянения было более глубоким. В состоянии комы находились 34 (24,8; 95% ДИ: 17,6 - 32,1) пациента с алкогольным опьянением, по сравнению с 6 (4,1%; 95% ДИ: 0,9 - 7,4) трезвыми пациентами с равными по тяжести повреждениями и различия в 6 раз значимы ($p < 0,001$).

Горизонтальный нистагм в обе стороны у трезвых наблюдался только у 32 (22,1%; 95% ДИ: 15,3 - 28,8) пострадавших, в то время как при АИ у 60 (43,8%; 95% ДИ: 35,5 - 52,1) пациентов.

Сочетание алкогольной интоксикации и ЧМТ предрасполагает к образованию внутричерепных гематом и травматических субарахноидальных кровоизлияний. У пострадавших, поступивших в состоянии алкогольного опьянения, острые субдуральные гематомы имели место в 18,2% случаях (25 чел.), внутримозговые гематомы отмечались в 7,3% случаях (10 чел.), травматическое субарахноидальное кровоизлияние - в 15,3% (21 чел.), в то время как у трезвых - эти показатели имели значения соответственно 4,1% (6 чел.), 2,1% (3 чел.) и 8,3% (12 чел.). Подострые внутричерепные гематомы также чаще встречались у пациентов (10 чел./7,3%) на фоне АИ, чем у трезвых (6 чел./4,1%). Пациенты, получившие травму в состоянии алкогольного опьянения, в большей степени склонны к образованию множественных внутричерепных гематом: в нашем исследовании число таких больных составило 12 (8,8%; 95% ДИ: 4,0 - 13,5) человек, в то время как среди трезвых пациентов множественные гематомы отмечались у 6 (4,1%; 95% ДИ: 0,9-7,4).

Средний объем гематомы, который вызывал, по данным КТ, смещение срединных структур у пациентов с АИ, оказался меньшим (75 мл), чем у трезвых пациентов (100 мл). У 25 (18,3%; 95% ДИ: 11,8 - 24,7) у пациентов с АИ развился отек головного мозга, приведший к летальному исходу. Среди трезвых пациентов отек головного мозга развился у 9 (6,2%; 95% ДИ: 2,2 - 10,1) пострадавших, четверо из которых умерло. Разница показателей в 2,9 раза между группами статистически значима ($p < 0,05$) с преобладанием частоты отека головного мозга у пациентов с АИ.

Более тяжелое течение травмы головного мозга, полученной в состоянии алкогольного опьянения, обуславливает необходимость более длительного лечения. Среднее число койко-дней, проведенных в стационаре пациентами с АИ, превышает аналогичный показатель у трезвых пострадавших, в среднем на 23,6%. Таким образом,

алкогольное опьянение в момент получения травмы существенно утяжеляет прогноз.

Заключение. Алкогольное опьянение приводит к получению более тяжелых повреждений: у пострадавших в состоянии алкогольного опьянения интракраниальные кровоизлияния встретились в 48,3%, сдавление головного мозга у 72,3%. Летальность у пациентов с тяжелыми черепно-мозговыми травмами достигает 30%. Среди лиц, для которых травма имела неблагоприятный исход, 63,6% находились на момент травмы в состоянии алкогольного опьянения или имели в анамнезе хроническое употребление алкоголя. Выявлена зависимость, согласно которой более высокая концентрация алкоголя в крови ассоциируется с более тяжелой черепно-мозговой травмой. Так, частота тяжелого и крайне тяжелого опьянения (56%) в случаях тяжелой ЧМТ была выше, чем при более легких травмах (32%).

Сочетание алкогольной интоксикации и черепно-мозговой травмы предрасполагает к образованию внутричерепных гематом и травматических субарахноидальных кровоизлияний в 40,9% случаях. Основной причиной смерти больных с сочетанной черепно-мозговой травмой в первые сутки после травмы являются шок, кровопотеря, отек и дислокация головного мозга. Время регресса общемозговой и очаговой симптоматики при сочетании травмы с алкогольной интоксикацией дольше, чем у трезвых пациентов, в среднем на 28-30%. Среднее число койко-дней, проведенных в стационаре пациентами с алкогольным злоупотреблением в анамнезе, превышает аналогичный показатель у трезвых пострадавших, в среднем на 23,6%.

Литература:

1. Выявление злоупотреблений алкоголем и алкоголизма у пациентов травматологических стационаров поступивших в состоянии травматического шока: учебное пособие / С. А. Фирсов, Р. П. Матвеев, П. А. Любошевский. -Ярославль: ЯГМА. -2014.-42 с.
2. Дзюба А. В., Шадымов А. Б., Назаренко Н. В. Черепно-мозговая травма в алкогольном опьяне-

нии (Анализ ЧМТ за 2008 год по г. Барнаулу) // <http://journal.forens-lit.ru/node/140>

3. Индиамин С. И. Морфологические особенности головного мозга человека при различных вариантах смертельной кровопотери на фоне острой алкогольной интоксикации //Вестник Российского государственного медицинского университета. – 2011. – №. 5.
4. Разводовский Ю.Е. Продажа алкоголя и смертность в результате травм и несчастных случаев в Беларуси / Ю.Е. Разводовский // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. 2006. № 3. С. 58–63.
5. Фирсов С. А. Сочетанные черепно-мозговые и скелетные травмы, полученные в состоянии алкогольного опьянения // Психолого-педагогические технологии в условиях инновационных процессов в медицине и образовании: материалы международной науч.-практ. конф. - Кемер, 2013. - С. 56-59.
6. Episodic alcohol use and risk of nonfatal injury / G. Borges et al. // Am. J. Epidemiol. -2004. Vol. 159, № 6. P. 565–571.
7. Multicenter study of acute alcohol use and non-fatal injuries: data from the WHO Collaborative Study on Alcohol and Injuries / G. Borges [et al.] // Bulletin of the WHO. - 2006. Vol. 84, № 6. P. 453–460.

ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ НА ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

О.И. ХВАН, Т.Х. ЗИКРИЛЛАЕВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент

Алкогольное опьянение приводит к получению более тяжелых повреждений: у пострадавших в состоянии алкогольного опьянения. Летальность у пациентов с тяжелыми черепно-мозговыми повреждениями достигает 30%. Время регресса общемозговой и очаговой симптоматики при сочетании травмы с алкогольной интоксикацией дольше, чем у трезвых пациентов, в среднем на 28-30%.

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, алкогольное опьянение, клиника.