

УДК 61:355

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ БОЕВЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ

© Р.Р. Маньяков, Э.М. Османов

Ключевые слова: заболеваемость; черепно-мозговая травма; участники боевых действий; классы болезней. Представлен анализ данных общей и первичной заболеваемости участников боевых действий с последствиями боевых черепно-мозговых травм. Установлены уровень и структура заболеваемости за период с 2003 по 2012 гг. Выявленные негативные тенденции как общей, так и первичной заболеваемости позволяют определить приоритетные направления по совершенствованию лечебно-профилактических и реабилитационных программ.

Черепно-мозговая травма является важной медико-социальной проблемой во многих странах в связи с большой распространенностью, многообразием и тяжестью медицинских, социальных, экономических и демографических последствий [1–3].

Распространенность боевой черепно-мозговой травмы в современном обществе возрастает в связи с увеличением локальных военных конфликтов и террористических актов [4–5].

Социальная интеграция в общество сотрудников силовых структур, участвовавших в контртеррористических операциях и получивших ранения и травмы при защите суверенитета государства и конституционных прав и свобод российского народа, должна стать одним из приоритетных направлений социальной политики государства.

Вопросы по организации и методическим подходам к совершенствованию медико-социальной реабилитации участников контртеррористических операций с последствиями боевых черепно-мозговых травм, которые нуждаются в целом комплексе реабилитационных мероприятий, изучены недостаточно и определяют необходимость настоящего исследования.

Как указывают Н.С. Прилипко и соавт. [6], для разработки научно-обоснованных нормативов потребности населения в медицинской реабилитации, прежде всего, необходимо определить закономерности общей заболеваемости по обращаемости и госпитализации.

Цель исследования – проанализировать уровень заболеваемости по обращаемости участников боевых действий из числа сотрудников УМВД России по Тамбовской области с последствиями боевых черепно-мозговых травм для принятия управленческих решений при формировании программ по медико-социальной реабилитации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Изучение уровня общей и первичной заболеваемости участников боевых действий из числа сотрудников УМВД России по Тамбовской области, получивших в период выполнения контртеррористических операций в Северо-Кавказском регионе боевые черепно-мозговые травмы (ЧМТ), проводилось на основании данных об-

ращаемости в поликлинику и стационар медико-санитарной части МВД России по Тамбовской области (МСЧ) ретроспективно за период 2003–2012 гг. в сравнении с заболеваемостью сотрудников УМВД России по Тамбовской области.

Источниками информации послужили медицинские карты амбулаторного и стационарного больного, а также годовые отчеты о заболеваемости прикрепленного контингента в МСЧ.

Все пострадавшие – мужчины в возрасте от 29 до 59 лет (средний возраст $42,8 \pm 6,01$ года). Боевые травмы были получены в Северо-Кавказском регионе в ходе выполнения боевых задач в период с 1995 по 2012 гг.

Давность полученных боевых травм варьировала от 1 года до 15 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Нами изучен уровень общей и первичной заболеваемости по обращаемости исследуемой группы.

Полученные данные свидетельствуют, что уровень общей заболеваемости участников боевых действий с последствиями боевых ЧМТ в динамике с 2003 по 2012 гг. имеет четко выраженную негативную тенденцию (с 2051 % в 2003 г. до 3301 % в 2012 г.), с темпом прироста показателя на 60,9 %.

Уровень первичной заболеваемости исследуемого контингента с 2003 по 2008 гг. так же имеет негативную тенденцию (с 1544,3 % в 2003 г. до 2219 % в 2008 г.) с темпом прироста на 43,7 %. Однако с 2008 г. показатель первичной заболеваемости снижается до 869,9 % в 2012 г., что соответствует темпу снижения на 155 % за три года, или с 2003 по 2012 гг. на 43,7 % (рис. 1).

Сравнительный анализ показателей уровня заболеваемости участников боевых действий с последствиями боевых ЧМТ за 2003–2012 гг. с аналогичными показателями уровня заболеваемости сотрудников УМВД России по Тамбовской области свидетельствует о значительном превышении уровня заболеваемости исследуемого контингента.

Анализ показателей уровня общей заболеваемости исследуемой группы по классам болезней позволил установить, что в 2012 г. по сравнению с 2003 г. рост

уровня общей заболеваемости произошел по таким классам болезней, как новообразования (на 40,7 %), болезни эндокринной системы (на 121 %), болезни уха и сосцевидного отростка (на 69,4 %), болезни системы кровообращения (на 442,5 %), болезни органов дыхания (на 123,3 %), болезни органов пищеварения (на 238,4 %), болезни мочеполовой системы (на 121,0 %), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (на 160,6 %), травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (на 55,6 %). В то же время отмечается снижение уровня общей заболеваемости по классам психические рас-

стройства и расстройства поведения (на 145,8 %), болезни нервной системы (на 32,7 %), болезни кожи и подкожной клетчатки (на 0,8 %) (табл. 1).

В 2012 г. по сравнению с 2003 г. рост уровня первичной заболеваемости исследуемой группы произошел по таким классам болезней, как новообразования (на 7,3 %), болезни эндокринной системы (на 80,4 %), болезни системы кровообращения (на 14,4 %), болезни органов пищеварения (на 72,3 %), болезни мочеполовой системы (на 36,1 %). Снижение уровня первичной заболеваемости произошло по классам психические расстройства и расстройства поведения (на 136,5 %),

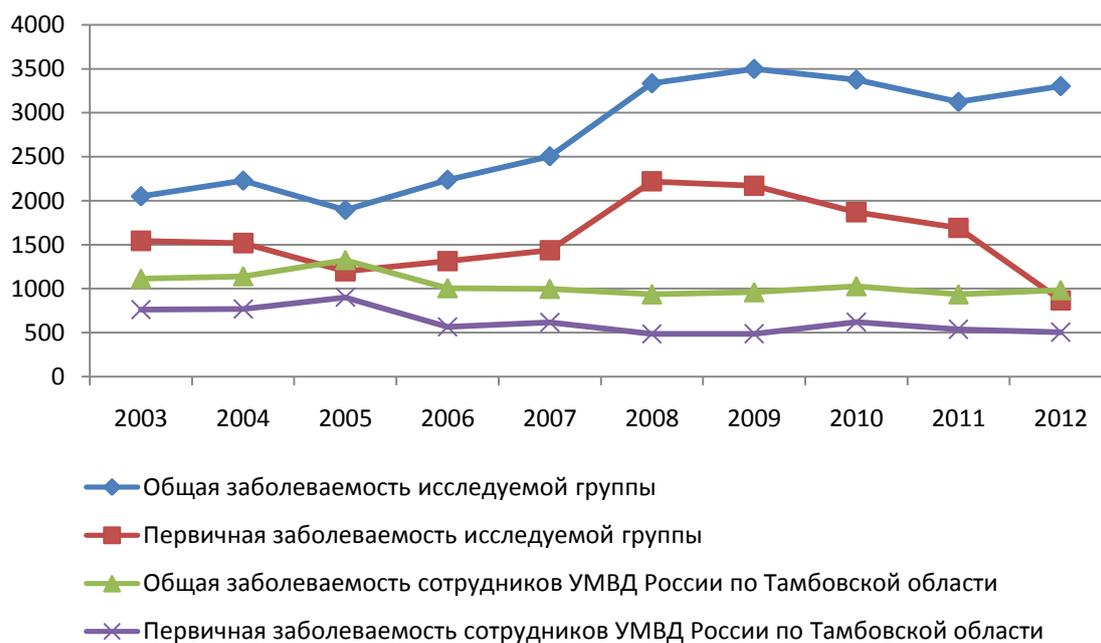


Рис. 1. Заболеваемость участников боевых действий с последствиями боевых ЧМТ в сравнении с заболеваемостью сотрудников УМВД России по Тамбовской области

Таблица 1

Сравнительные показатели уровня общей и первичной заболеваемости участников боевых действий с последствиями боевых ЧМТ, по ведущим классам болезней (2003 и 2012 гг., в %)

Классы заболеваний	2003 г.		2012 г.	
	Общая заболеваемость	Первичная заболеваемость	Общая заболеваемость	Первичная заболеваемость
Новообразования	0	0	40,7	7,3
Болезни эндокринной системы	25,3	25,3	146,3	105,7
Психические расстройства и расстройства поведения	316,5	177,2	170,7	40,7
Болезни нервной системы	227,8	151,9	195,1	32,5
Болезни уха и сосцевидного отростка	101,3	75,9	170,7	16,3
Болезни системы кровообращения	126,6	50,6	569,1	65,0
Болезни органов дыхания	519,0	504,3	642,3	219,5
Болезни органов пищеварения	38,0	25,2	276,4	97,6
Болезни кожи и подкожной клетчатки	25,2	25,1	24,4	16,3
Болезни костно-мышечной системы	164,6	126,6	325,2	48,8
Болезни мочеполовой системы	25,3	12,7	146,3	41,4
Травмы	481,0	354,4	536,6	170,7
Прочие	0,4	15,1	8,1	8,1
Всего	2051	1544,3	3251,9	869,9

Таблица 2

Удельный вес и ранговая структура общей и первичной заболеваемости участников боевых действий с последствиями боевых ЧМТ, по ведущим классам болезней (2003 и 2012 гг., в %)

Классы заболеваний	2003 г.				2012 г.			
	Общая заболеваемость		Первичная заболеваемость		Общая заболеваемость		Первичная заболеваемость	
	Удельный вес	Ранг	Удельный вес	Ранг	Удельный вес	Ранг	Удельный вес	Ранг
Новообразования	0	–	0	–	1,2	11	0,84	12
Болезни эндокринной системы	1,2	10	1,6	9	4,5	9,5	12,2	3
Психические расстройства и расстройства поведения	15,4	3	11,5	3	5,2	7,5	4,7	8
Болезни нервной системы	11,1	4	9,8	4	6,0	6	3,7	9
Болезни уха и сосцевидного отростка	4,9	7	4,9	6	5,2	7,5	1,9	10,5
Болезни системы кровообращения	6,2	6	3,3	7	17,5	2	7,5	5
Болезни органов дыхания	25,3	1	33,6	1	19,8	1	25,2	1
Болезни органов пищеварения	1,9	8	1,6	9	8,5	5	11,2	4
Болезни кожи и подкожной клетчатки	1,2	10	1,6	9	0,8	11	1,9	10,5
Болезни костно-мышечной системы	8,0	5	8,2	5	10,0	4	5,6	6
Болезни мочеполовой системы	1,2	10	0,8	9	4,5	9,5	4,8	7
Травмы	23,5	2	22,9	2	16,5	3	19,6	2
Прочие	0,1	–	0,1	–	0,2	–	0,9	–
Всего	100	–	100	–	100	–	100	–

болезни нервной системы (на 119,4 %), болезни уха и сосцевидного отростка (на 59,6 %), болезни органов дыхания (на 299,5 %), болезни кожи и подкожной клетчатки (на 8,8 %), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (на 77,8 %), травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (на 183,7 %) (табл. 2).

По результатам ранжирования показателей заболеваемости по классам болезней за 2003–2012 гг. установлено, что в 2003 г. наибольший вклад в формирование уровня общей заболеваемости вносят следующие классы: первое ранговое место – болезни органов дыхания – 25,3 %, второе ранговое место – травмы и отравления – 23,5 %, третье ранговое место – психические расстройства и расстройства поведения – 15,4 %, четвертое ранговое место – болезни нервной системы – 11,1 %, пятое – болезни костно-мышечной системы – 8 %, шестое ранговое место – болезни системы кровообращения – 6,2 %, седьмое – болезни уха и сосцевидного отростка – 4,9 %, восьмое – болезни органов пищеварения – 1,9 %, на десятом ранговом месте – болезни эндокринной системы, болезни кожи и подкожной клетчатки, а также болезни мочеполовой системы – по 1,2 %.

В 2012 г. ранжирование показателей общей заболеваемости выявило иную тенденцию. Так, первое ранговое место в структуре общей заболеваемости занимают, как и в 2003 г., болезни органов дыхания – 19,8 %, с шестого в 2003 г. на второе ранговое место переместились болезни системы кровообращения – 17,5 %, третье ранговое место, как и в 2003 г., – травмы и отравления – 16,5 %, с пятого в 2003 г. на четвертое ранговое место переместились болезни костно-мышечной системы – 10 %, с восьмого в 2003 г. на пятое ранговое место в 2012 г. переместились болезни органов пищеварения – 8,5 %, с четвертого на шестое место перемес-

тились болезни нервной системы – 6 %, седьмое и восьмое ранговые места делят между собой психические расстройства и расстройства поведения и болезни уха и сосцевидного отростка – по 5,2 %, болезни эндокринной системы и болезни мочеполовой системы занимают девятое и десятое ранговые места – по 9 %, на одиннадцатом ранговом месте – новообразования, которые составляют 1,2 %.

В структуре класса болезней органов дыхания в 2012 г. основное место занимает группа острых респираторных инфекций верхних дыхательных путей – 73,4 %, другие болезни верхних дыхательных путей и другие острые респираторные инфекции нижних дыхательных путей составляют по 10,1 %, соответственно.

Наибольший удельный вес в структуре класса болезни системы кровообращения в 2012 г. имеет группа болезней, характеризующаяся повышенным кровяным давлением 71,9 %, второе ранговое место занимают болезни артерий, артериол и капилляров – 9,2 %, ишемическая болезнь сердца – 8,8 %, на четвертом ранговом месте – цереброваскулярные болезни – 5,3 %.

Для класса травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин в 2012 г. основной патологией являются последствия травм головы – 75,8 %.

Лидирующей группой в структуре класса болезней костно-мышечной системы в 2012 г. являются дорсопатии 55 % (остеохондроз позвоночника), а также артропатии 30 % (артрозы).

Внутренняя структура класса болезней органов пищеварения в 2012 г. представлена следующей патологией: болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки – 44,1 % (гастриты и язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки), болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы – 26,5 % (желчекаменная болезнь, холецистит, болезни

поджелудочной железы), болезни полости рта, слюнных желез и челюстей 23,5 % (кариес зубов, болезни пульпы и периапикальных тканей).

Класс болезней нервной системы в 2012 г. представлен другими нарушениями нервной системы – 70 % (расстройства вегетативной нервной системы, гидроцефалия, церебральная киста), эпизодическими и пароксизмальными расстройствами – 30 % (эпилепсия, посттравматическая головная боль, нарушения сна).

Психические расстройства и расстройства поведения в 2012 г. представлены на 66,7 % невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы, невротическое расстройство неуточненное) и на 33,3 % органическими, включая симптоматические, психическими расстройствами (органическое тревожное расстройство, постконтузионный синдром).

В структуре болезней уха и сосцевидного отростка в 2012 г. 85,1 % составляет кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха.

Внутриклассовый анализ болезней эндокринной системы в исследуемой группе выявил, что в 2012 г. ведущее место в структуре общей заболеваемости занимают следующие группы заболеваний: болезни щитовидной железы (50 %), ожирение (22,2 %), нарушения обмена веществ (16,7 %), сахарный диабет (11,1 %).

Ранжирование показателей первичной заболеваемости по классам болезней за 2003–2012 гг. выявило, что наибольший вклад в формировании первичной заболеваемости в 2003 г. вносят следующие классы заболеваний: первые пять ранговых мест занимают те же классы болезней, что и в структуре общей заболеваемости за 2003 г., на шестом ранговом месте – болезни уха и сосцевидного отростка (4,9 %), на седьмом ранговом месте – болезни системы кровообращения (3,3 %), восьмое, девятое и десятое ранговые места принадлежат болезням эндокринной системы, болезням органов пищеварения, болезням кожи и подкожной клетчатки – по 1,6 %.

В 2012 г. первое и второе ранговые места в структуре первичной заболеваемости, как и в 2003 г., занимают болезни органов дыхания (25,2 %) и травмы, отравления и последствия воздействия внешних причин (19,6 %), с девятого на третье ранговое место переместились болезни эндокринной системы (12,2 %), с восьмого на четвертое ранговое место – болезни органов пищеварения (11,2 %), с седьмого на пятое – болезни системы кровообращения (7,5 %), с пятого на шестое ранговое место переместились болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (5,6 %), с пятого на седьмое ранговое место переместились болезни мочеполовой системы (4,8 %), с третьего рангового места в 2003 г. на восьмое в 2012 г. переместились психические расстройства и расстройства поведения (4,7 %), с четвертого в 2003 г. на девятое в 2012 г. – болезни нервной системы (3,7 %), десятое и одиннадцатое ранговые места делят между собой болезни уха и сосцевидного отростка и болезни кожи и подкожной клетчатки – по 1,9 %, на двенадцатом ранговом месте – новообразования – 0,8 %.

В 2012 г. в структуре класса болезней органов дыхания основное место принадлежит группе острых респираторных инфекций верхних дыхательных путей – 55,6 %, другие острые респираторные инфекции ниж-

них дыхательных путей составляют 29,6 %, другие болезни верхних дыхательных путей – 7,4 %.

Класс травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин в 2012 г. представлен последствиями травм головы – 27,8 %, травмами запястья и кисти – 27,8 %, травмы плечевого пояса и плеча, а также травмы области голеностопного сустава и стопы составляют по 11,1 %.

В 2012 г. структура класса болезней эндокринной системы представлена ожирением – 46,2 %, нарушением обмена веществ – 23,1 %, болезнями щитовидной железы – 21 %.

Наибольший удельный вес в структуре класса болезней органов пищеварения в 2012 г. занимают болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы – 50 %, болезни полости рта, слюнных желез и челюстей – 40,7 %, болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки – 8,3 %.

В структуре класса болезней органов кровообращения в 2012 г. лидирующее место принадлежит группе болезней, характеризующихся повышенным кровяным давлением, которые составляют 60 % случаев от всех заболеваний органов кровообращения, второе ранговое место занимают болезни артерий, артериол и капилляров – 13 %, на третьем месте – ишемическая болезнь сердца и цереброваскулярные болезни – по 12,5 %.

Класс болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани в 2012 г. представлен на 34,2 % дорсопатиями, на 33,9 % артропатиями и артритами, на 31,9 % другими поражениями суставов.

В структуре класса болезни мочеполовой системы в 2012 г. 66,6 % принадлежит болезням мужских половых органов, по 16,7 % принадлежит другим болезням почек и мочеточника, а также другим болезням мочеполовой системы.

Психические расстройства и расстройства поведения представлены на 80 % невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы, невротическое расстройство неуточненное) и на 20 % органическими, включая симптоматические, психическими расстройствами (органическое тревожное расстройство, постконтузионный синдром).

Класс болезней нервной системы представлен другими нарушениями нервной системы – 88 % (расстройства вегетативной нервной системы, гидроцефалия, церебральная киста), эпизодическими и пароксизмальными расстройствами – 12 % (эпилепсия, посттравматическая головная боль, нарушения сна).

В структуре болезней уха и сосцевидного отростка 85,1 % составляет кондуктивная и нейросенсорная потеря слуха.

ВЫВОДЫ

Проведенный анализ позволил выявить, что уровень как общей, так и первичной заболеваемости участников боевых действий с последствиями боевых ЧМТ значительно выше заболеваемости сотрудников УМВД России по Тамбовской области.

Несмотря на проводимые мероприятия по медико-социальной реабилитации, наблюдается негативная динамика уровня как общей, так и первичной заболеваемости по пяти классам заболеваний: новообразования, болезни эндокринной системы, болезни системы

кровообращения, болезни системы пищеварения, болезни мочеполовой системы.

Увеличение общей и снижение первичной заболеваемости наблюдается по следующим классам заболеваний: болезни уха и сосцевидного отростка, болезни органов дыхания, болезни костно-мышечной системы, травмы, отравления и последствия воздействия внешних причин.

Снижение как общей, так и первичной заболеваемости наблюдается по классам заболеваний: психические расстройства и расстройства поведения, болезни нервной системы, болезни кожи и подкожной клетчатки.

Таким образом, результаты проведенного исследования заболеваемости участников боевых действий с последствиями боевых ЧМТ позволяют говорить о необходимости целенаправленной разработки и внедрения мероприятий по совершенствованию программ медико-социальной реабилитации, с учетом негативной тенденции уровня заболеваемости.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Ванина В.П., Сарафанова Е.А.* Анализ первичной инвалидности лиц трудоспособного возраста по последствиям черепно-мозговых травм по Челябинской области // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2013. № 1. С. 25-27.
2. *Маньяков Р.Р., Османов Э.М.* Медико-социальная реабилитация участников вооруженных конфликтов с тяжелой черепно-мозговой травмой // Медико-биологические аспекты здоровья че-

ловека: материалы Всерос. науч.-практ. конф. (заочной). 25 октября 2012 г. Тамбов: Издат. дом ТГУ им. Г.Р. Державина, 2012. С. 53-59.

3. *Потапов А.А., Лихтерман Л.Б., Кравчук А.Д., Корниенко В.Н., Захарова Н.Е., Лошаков В.А., Костянян В.Ж.* Черепно-мозговая травма: научные и прикладные аспекты проблемы // Медицина катастроф. 2010. № 2. С. 38-41.
4. *Рыкер С.А., Корженевич В.И., Машин В.В., Панченко Г.Я.* Клинико-функциональные взаимоотношения в отдаленном периоде легкой боевой черепно-мозговой травмы // Медицинский вестник МВД. 2010. № 4. С. 34-38.
5. *Субботин А.В., Ведмедь Г.Н., Семенов В.А.* Клиническая характеристика неврологических проявлений отдаленных последствий боевой закрытой черепно-мозговой травмы // Клиническая неврология. 2007. № 2. С. 8-12.
6. *Прилико Н.С., Бантьева М.Н., Поважная Е.Л.* Методика определения потребности взрослого населения в медицинской реабилитации // Менеджмент в здравоохранении. 2013. № 8. С. 33-45.

Поступила в редакцию 10 декабря 2013 г.

Manyakov R.R., Osmanov E.M. ANALYSIS OF MORBIDITY COMBATANTS OF CONSEQUENCES OF MARTIAL CRANIOCEREBRAL TRAUMAS

The analysis of the data and the overall incidence of the primary combatants fighting the consequences of traumatic brain injury are presented. The level and pattern of incidence for the period from 2003 to 2012 is set. Negative trends both general and primary morbidity allows identifying priority areas for improving medical and rehabilitation programs are disclosed.

Key words: incidence; traumatic brain injury; combatants; classes of diseases.

Маньяков Рустам Ринатович, Тамбовский государственный университет им. Г.Р. Державина, г. Тамбов, Российская Федерация, аспирант, e-mail: osmanov@bk.ru

Manyakov Rustam Rinatovich, Tambov State University named after G.R. Derzhavin, Tambov, Russian Federation, Post-graduate Student, e-mail: osmanov@bk.ru

Османов Эседулла Маллаалиевич, Тамбовский государственный университет им. Г.Р. Державина, г. Тамбов, Российская Федерация, член-корреспондент международной академии интегративной медицины, доктор медицинских наук, профессор, зам. директора медицинского института по стратегическому развитию, e-mail: osmanov@bk.ru

Osmanov Esedulla Mallaalivich, Tambov State University named after G.R. Derzhavin, Tambov, Russian Federation, Corresponding Member of International Academy of Integrative Medicine, Doctor of Medicine, Professor, Vice Director of Medical Institute for Strategic Development, e-mail: osmanov@bk.ru