

# Τροχαία ατυχήματα, ΚΕΚ και Μεταδιασεισικό σύνδρομο Κάλλιον το φρολαμβάνειν ή το θεραπεύειν.

Το τραύμα γενικά αποτελεί την κυριότερη αιτία θανάτου νεαρών και μεσήλικων ατόμων. Στο γενικό πληθυσμό αποτελεί την τρίτη αιτία θανάτου, μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα και τις κακοήθειες, επειδή όμως στο τραύμα εμπλέκονται κυρίως μικρές ηλικίες, υπολογίζεται ότι τα έτη ζωής που χάνονται από τραυματισμούς είναι περισσότερα από όσα χάνονται εξαιτίας των νεοπλασιών και των θαυτηφόρων καρδιαγγειακών παθήσεων.

## Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις

Ως κρανιοεγκεφαλική κάκωση ορίζεται το αποτέλεσμα της μεταφοράς δυναμικής ή κινητικής ενέργειας στους ιστούς της κεφαλής με ταυτόχρονη επίδραση στην εγκεφαλική λειτουργία.



Δημογέροντας Γεώργιος  
MD, cPhD

Νευροχειρουργός - Χειρουργός  
Σπονδυλικής Στήλης

Επιμελ. Τμήματος Ελάχιστα Επεμβατικής  
Χειρουργικής Εγκεφάλου και  
Σπονδυλικής Στήλης,  
Metropolitan Hospital

Υπεύθυνος Νευροχειρουργικής Κλινικής,  
Metropolitan Hospital

Εθν. Μακαρίου 9 & Ελ. Βενιζέλου 1  
Νέο Φάληρο, 185 47 Πειραιάς

Ιατρείο: Ν. Καζαντάκη 10, Χαϊδάρη 124 61

Τηλ.: 210 9637386

Κιν.: 6977 679521

email: geodim28@msn.com

www.neuroxeirurgos.gr

Οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις ανάλογα με τη βαρύτητά τους και με βάση την Κλίμακα Κώματος της Γλασκώβης (GCS score), κατατάσσονται σε ελαφρές (GCS:14-15), μέτριες (GCS:9-13) και βαριές (GCS:3-8), με τις ελαφριές να αντιπροσωπεύουν το μεγαλύτερο ποσοστό (80% περίπου).

Στις βαριές κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις ο εγκέφαλος υφίσταται σοβαρές βλάβες, άλλες αναστρέψιμες, με έγκαιρη και σωστή αντιμετώπιση, και άλλες δυστυχώς μόνιμες. Οι εγκεφαλικές θλάσεις, το εγκεφαλικό οίδημα, το οξύ υποσκληρίδιο και το επισκληρίδιο αιμάτωμα είναι οι κυριότερες ανατομικές βλάβες που μπορεί να υποστεί ένας σοβαρά τραυματισμένος εγκέφαλος. Η πρόγνωση των βαρύτερων από τις κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις ήταν απελπιστική μέχρι πριν μερικά χρόνια. Σήμερα λόγω της βελτίωσης της κατανόησης των παθολογοφυσιολογικών μηχανισμών του εγκεφαλικού τραύματος, της ευρείας εφαρμογής της αξονικής και μαγνητικής τομογραφίας, της ανάπτυξης νευροχειρουργικών μονάδων και τέλος της ανάπτυξης και λειτουργίας μονάδων εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) στα Νοσοκομεία της επαρχίας, η πρόγνωση έχει βελτιωθεί σημαντικά.

Στις ελαφρές κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις δεν επέρχονται αξιόλογες ανατομικές βλάβες παρά μόνο παροδικές λειτουργικές μεταβολές του εγκεφάλου.

Η εγκεφαλική διάσειση είναι η συχνότερη μορφή ελαφράς εγκεφαλικής βλάβης. Ο όρος «εγκεφαλική διάσειση» σημαίνει προσωρινή και πλήρως αναστρέψιμη δυσλειτουργία του εγκεφάλου και εκδηλώνεται με απώλεια αισθήσεων, διάρκειας λίγων δευτερολέπτων έως 30 λεπτών, αμνησία του γεγονότος που προκάλεσε το τραύμα και διάφορα συμπτώματα, όπως ζάλη, πονοκέφαλο ή έμετο.

Η εγκεφαλική διάσειση διακρίνεται σε ελαφρά, μέτρια και βαριά ενώ τα κυριότερα συμπτώματά της είναι η σύγχυση, η αμνησία και η απώλεια συνείδησης, αντίστοιχα. Άλλα σημεία και συμπτώματα της εγκεφαλικής διάσεισης

είναι η κεφαλαλγία, η ζάλη, η ναυτία, ο αποπροσανατολισμός, ο έμετος, η αργή και κολλώδης ομιλία, οι διαταραχές της ισορροπίας, η ασυνέργεια των κινήσεων κτλ

## Μεταδιασεισικό σύνδρομο

Η εμμονή κάποιων συμπτωμάτων όπως πονοκεφάλου, ζάλης, διαταραχών μνήμης, προσοχής και συγκέντρωσης, αϋπνίας, κατάθλιψης, εύκολης κόπωσης, άγχους ή απάθειας μετά από μια ελαφρά συνήθως κρανιοεγκεφαλική κάκωση συνιστά το μεταδιασεισικό ή μετατραυματικό σύνδρομο. Άλλα σωματικά συμπτώματα που εμφανίζονται στα πλαίσια του συνδρόμου αυτού είναι η θόλωση της όρασης, η ανοσμία, οι εμβοές, η ελάττωση της ακουστικής οξύτητας, οι διαταραχές της ισορροπίας κ.ά.

Ένα ποσοστό 40-80% των ασθενών αναφέρουν εμμονή κάποιων συμπτωμάτων κατά τις πρώτες εβδομάδες μετά την κάκωση, το 50% κατά το πρώτο τρίμηνο και μόλις το 10-15% ένα χρόνο μετά. Η υψηλή αυτή συχνότητα του μεταδιασεισικού συνδρόμου στις δυτικές κοινωνίες έχει σοβαρό κοινωνικό και οικονομικό αντίκτυπο. Οι πολλές χαμένες εργασιακές ώρες λόγω της νοσηρότητας που συνοδεύει το σύνδρομο αποτελούν σημαντικό πρόβλημα για το σύγχρονο καπιταλιστικό οικονομικό σύστημα.

Αξίζει να σημειωθεί ότι το μεταδιασεισικό σύνδρομο παρουσιάζεται συχνότερα σε γυναίκες, σε ασθενείς με αιμορραγική διάθεση και σε ασθενείς που υπέστησαν επιθέσεις ή κακοποίηση σε σύγκριση με άλλου είδους ατυχήματα. Επίσης, η ανάπτυξη του συνδρόμου φαίνεται να σχετίζεται με την ύπαρξη συμπτωμάτων πριν από την κάκωση καθώς και με την εμφάνιση μετατραυματικής ανοσμίας.

## Αίτια

Όσον αφορά την αιτιολογία των κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων, οι πτώσεις από ύψος και τα τροχαία ατυχήματα υψηλής ταχύτητας σχετίζονται συχνότερα με τις βαριές κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις ενώ οι πτώσεις από το ύψος του σώματος, τα τροχαία ατυχήματα χαμη-

λής ταχύτητας, ο ξυλοδαρμός και η πλήξη της κεφαλής από βαρύ αντικείμενο σχετίζονται συχνότερα με τις μέτριες και ελαφρές βαρύτητας κακώσεις κεφαλής.

Είναι γνωστό ότι τα τροχαία ατυχήματα συνιστούν ένα σύνθετο κοινωνικοοικονομικό πρόβλημα αφού προκαλούν σοβαρούς τραυματισμούς και θανάτους. Διεθνώς τα τελευταία χρόνια, παρατηρείται σημαντική μείωση τόσο στον αριθμό όσο και στη σοβαρότητα των τραυματικών κακώσεων από τροχαία ατυχήματα και αυτό οφείλεται στη λήψη προληπτικών μέτρων που εξασφαλίζουν ασφαλείς συνθήκες οδήγησης. Στην Ελλάδα ο αριθμός των τροχαίων ατυχημάτων παρουσιάζει μία σημαντική μείωση (κατά 50%) από το 2000 έως σήμερα (Διάγραμμα) παραμένει όμως αρκετά υψηλός αφού το 2014 η ΕΛΣΤΑΤ κατέγραψε 11752 τροχαία ατυχήματα με 793 νεκρούς και 1082 βαριά τραυματισμένους.

Όσον αφορά τα αίτια των τροχαίων ατυχημάτων υπάρχουν πολλές φορές παράγοντες μη εμφανείς που δύσκολα ενοχοποιούνται, όπως για παράδειγμα η υπνηλία και η κόπωση, οι οποίες συσχετίζονται κυρίως με τις συνθήκες εργασίας. Στις ΗΠΑ έχει εκτιμηθεί ότι περίπου ένας στους τρεις οδηγούς έχει κοιμηθεί στο τιμόνι, με αποτέλεσμα το 4% από αυτούς να προκαλέσει τροχαίο ατύχημα.

Η συμπεριφορά των πεζών έχει επίσης συσχετισθεί με τα τροχαία ατυχήματα.

Σε σοβαρά και θανατηφόρα ατυχήματα φαίνεται ότι η χρήση αλκοόλ και η μη ασφαλή οδήγηση είναι οι σπουδαιότεροι παράγοντες κινδύνου.

Η χρήση αλκοόλ από τους οδηγούς (σε ποσοστό ως και 43,5%) σε συνδυασμό με το γεγονός ότι τα περισσότερα ατυχήματα συμβαίνουν τις νυχτερινές και πρώτες πρωινές ώρες των αργιών, δείχνουν ότι τα τροχαία ατυχήματα συνδέονται στενά με τις εξόδους για διασκέδαση.

Η μη χρήση ζώνης ασφαλείας συνηθίζεται στον Ελληνικό χώρο, αλλά είναι ιδιαίτερα εμφανής στο επαρχιακό οδικό δίκτυο όπου οι αποστάσεις που διανύονται είναι μικρές και η πιθανότητα ατυχήματος θεωρείται σπάνια από τους οδηγούς των οχημάτων. Η χρησιμότητα της ζώνης ασφαλείας είναι αδιамφισβήτητη αν και η χρήση της μπορεί να οδηγήσει σε ενδοκοιλιακή κάκωση. Με βάση τα διεθνή δεδομένα, η χρήση της ζώνης μειώνει τον κίνδυνο των τραυματισμών κάθε είδους κατά 25%, των σοβαρών τραυματισμών κατά 50% και των θανατηφόρων τραυματισμών κατά 65% περίπου.

Στις αρχές του αιώνα μας το ποσοστό χρήσης κράνους σε αναβάτες δίκυκλων οχημάτων ήταν εξαιρετικά χαμηλό (μόλις 7,5%) και είχε ενοχοποιηθεί για ειδικές κακώσεις στην περιο-

χή κεφαλής και τραχήλου λόγω της αύξησης του βάρους της κεφαλής. Πρόσφατες όμως μελέτες αποδεικνύουν τη χρησιμότητά του και την προστασία που παρέχει για όλους τους τύπους των κακώσεων στην περιοχή του κεφαλιού και του αυχένα. Στις ΗΠΑ, όταν το 1969 έγινε υποχρεωτική η χρήση κράνους σε 40 πολιτείες, ο δείκτης θνησιμότητας ανά 10.000 μοτοσυκλέτες μειώθηκε από 13 σε 7. Σήμερα υπολογίζεται ότι η χρήση κράνους από τους μοτοσυκλετιστές και τους ποδηλάτες μειώνει τους θανάτους από τροχαία ατυχήματα κατά 25% περίπου.

Επίσης ορισμένα νοσήματα, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η επιληψία, οι καρδιαγγειακές παθήσεις, οι ψυχικές διαταραχές, κ.ά., μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την οδική συμπεριφορά. Οδηγοί που πάσχουν από τα νοσήματα αυτά παρουσιάζουν διπλάσια συχνότητα τροχαίων ατυχημάτων και περισσότερες παραβιάσεις του Κώδικα Οδικής Κυκλοφορίας. Τέλος, η κατανάλωση φαρμάκων επηρεάζει επίσης την ικανότητα οδήγησης, διαταράσσοντας την επεξεργασία των πληροφοριών ή αυξάνοντας το χρόνο αντίδρασης. Οι επιδράσεις αυτές είναι πιο έντονες όταν ορισμένα φάρμακα λαμβάνονται σε συνδυασμό με οινοπνευματώδη ποτά. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν πρωτίστως τα ψυχορρυθμιστικά φάρμακα, όπως είναι τα υπνωτικά, τα ηρεμιστικά, τα ισχυρά αναλγητικά, τα αντικαταθλιπτικά, ουσίες που περιορίζουν την όρεξη, καθώς και οι διεγερτικές ουσίες (αμφεταμίνες, κ.ά.) που χρησιμοποιούνται συχνά από επαγγελματίες οδηγούς μεγάλων αποστάσεων.

## Πρόληψη

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι η καταπολέμηση της χρήσης αλκοόλ από τους οδηγούς και η εξασφάλιση ασφαλών συνθηκών οδήγησης (π.χ. επαρκής οδοσήμανση και καλός φωτισμός των δρόμων, χρήση ζώνης ασφαλείας και κράνους κτλ) είναι τα βασικά πρωτογενή προληπτικά μέτρα για τον περιορισμό των τροχαίων ατυχημάτων.

Τέλος, η δευτερογενής πρόληψη περιλαμβάνει μέτρα ασφαλούς περιουλογής και μεταφοράς των τραυματιών, όπως είναι η έναρξη ανάνηψης στον τόπο του ατυχήματος από εξειδικευμένη ομάδα ταχείας επέμβασης με πλήρως εξοπλι-

σμένη κινητή μονάδα, η μεταφορά με σύγχρονα επίγεια ή εναέρια μέσα σε πλήρως εξοπλισμένα και επανδρωμένα τραυματιολογικά κέντρα με Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, αξονικό τομογράφο, χειρουργείο, κατάλληλο και επαρκές προσωπικό καθώς και η ορθή γεωγραφική κατανομή των τραυματιολογικών κέντρων στο χώρο της επικράτειας, έτσι ώστε οι τραυματίες να μεταφέρονται με ασφάλεια και ταχύτητα στο χώρο της οριστικής τους αντιμετώπισης.

Τροχαία Ατυχήματα/Δυστυχήματα - Εξέλιξη 2000 - 2014

