

Диаграмма 5 — Выполнение контрольного норматива студентами: бег 100 м

Гибкость — это способность человека выполнять движения с большой амплитудой. Она зависит от анатомических особенностей суставов, формы и построения суставных сумок, а также от состояния и уровня развития некоторых групп мышц и их антагонистов.

Диаграмма 6 отражает результаты, показанные студентами, при выполнении контрольного норматива в тесте «наклон вперед». Выросли результаты в данном тесте у студентов 1 курса (+1 см), 2 курса (+1,5 см), 3 курса (+0,5 см), низкий результат у студентов 4 курса (+1,2 см).

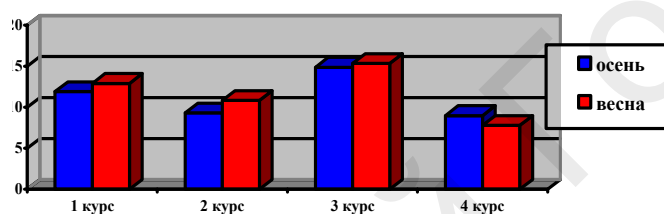


Диаграмма 6 — Выполнение контрольного норматива студентами: наклон вперед

#### Заключение

Анализируя выше представленные результаты, мы можем оценить уровень двигательной подготовки студентов 1–4 курсов в осеннем и весеннем семестре. Студенты четвертого курса ухудшили показатели двигательной подготовленности по всем контрольным тестам. Возможно, ухудшение спортивного результата связано с увеличением учебной нагрузки по профильным предметам и трудоустройством ряда студентов по специальности на работу в медучреждения.

Достаточно высокие результаты студентов 3 курса объясняются сознательным отношением к физическому воспитанию и хорошим уровнем овладения навыками и умениями по всему учебному материалу предмета «Физическая культура».

Использование тестов по определению физической работоспособности преподавателями-практиками позволяет определить модельные характеристики занимающихся, способствует детальному изучению и обобщению передового опыта организации учебного процесса.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Желобкович, М. П. Оздоровительно развивающий подход к физическому воспитанию студенческой молодежи: учеб.-метод. пособие / М. П. Желобкович, Р. И. Купчинов. — Мн., 2004. — С. 82–84.

УДК 616.831-001.31

### КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВНУТРИМОЗГОВЫХ ГЕМАТОМ

Олизарович М. В., Кузук М. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### Введение

Как известно, одним из видов наиболее тяжелой черепно-мозговой травмы (ЧМТ) является травматическая внутримозговая гематома, летальность при которой может достигать 45 % [1]. Данный вид поражения головного мозга актуален и в Республике Беларусь.

Методики лечения данной патологии включают как хирургические, так и консервативные способы, но инвалидизация и смертность продолжают оставаться высокими [2]. В связи с этим сохраняется важность ранней клинической диагностики данного вида травмы врачами первичного звена (скорая помощь, приемные отделения центральных районных больниц, поликлиники) и нейрохирургами областных или городских стационаров.

**Цель стационарного исследования**

Целью настоящего исследования было определение наиболее поражаемых групп населения при травматических внутримозговых гематомах и проведение анализа клинического течения на момент поступления в нейрохирургический стационар.

Методикой исследования были сбор анкетных данных, анамнез и сопоставление клинических данных. При оценке уровня сознания придерживались классификации, разработанной в НИИ им. Бурденко (Москва) [3].

Объектом исследования явились: случаи лечения больных с травматическими внутримозговыми гематомами (41 человек (чел.)). Изучены карты стационарного больного пациентов нейрохирургического и реанимационного отделений Гомельской областной клинической больницы за 2007–2008 гг.

Проанализированы следующие показатели: половозрастная структура пострадавших, причина травмы, характер клинической картины при поступлении в стационар, наличие местных повреждений головы и особенности сочетанной травмы.

**Результаты исследования**

**Эпидемиология травматических внутримозговых гематом**

Половозрастной состав пациентов изучен с использованием общепринятого разделения по возрасту. Полученные данные представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Распределение больных по возрасту и полу

Возраст, лет	Количество больных, n=40	%	Пол			
			женский	%	мужской	%
18–29	4	9,8	0	0	4	9,8
30–39	7	17,0	0	0	7	17,0
40–49	10	24,4	2	4,9	8	19,5
50–59	8	19,5	1	2,4	7	17,0
Старше 60	12	29,3	5	12,2	7	17,0
Всего	41	100	8	19,5	33	80,5

Как следует из таблицы, среди пациентов с травматической внутримозговой гематомой преобладали лица зрелого и пожилого возраста (старше 40 лет — 73,1 %), мужчины составили 80,5 %. Полученные данные согласуются с сообщениями других авторов [4]. По механизму развития травмы больные распределялись следующим образом: падение при ходьбе или беге — 9 (22,0 %) чел., судорожный синдром — 7 (17,0 %), падение с высоты — 4 (9,8 %), дорожно-транспортное происшествие и удар по голове — по 3 (7,3 %), производственная травма составила — 1 (2,4 %) случай, не уточнены обстоятельства получения травмы у 14 (34,2 %) больных.

Городских больных было 33 (80,5 %), сельских — 8 (19,5 %).

**Характеристика неврологических расстройств при поступлении в стационар**

Оценка уровня сознания принята нами за основной маркер тяжести ЧМТ и косвенный признак дислокационного синдрома, указывающий на нарастающие стволовые расстройства (таблица 2).

Таблица 2 — Степень нарушения сознания у пострадавших при поступлении

Уровень сознания	Количество случаев, n	%	Из них умерло	%
Умеренное оглушение	14	34,2	2	13,3
Глубокое оглушение	13	31,7	4	26,7
Сопор	5	12,2	4	26,7
Умеренная кома	8	19,5	4	26,7
Глубокая кома	1	2,4	1	6,7
Всего	41	100,0	15	100

Как следует из таблицы, наиболее часто в первые часы на фоне формирования травматической внутримозговой гематомы у пациентов сохранялись элементы сознания (в оглушении поступили 27 чел., что составило 65,9 %). Число доставленных в коме было в 3 раза меньше (9 чел. — 21,9 %). Полученные данные показали, что доставка в стационар, в большинстве случаев, проводилась до развития необратимых стволовых нарушений. При анализе случаев гибели пациентов в связи с данным видом ЧМТ установлено, что наибольшая смертность характерна для лиц, поступивших с грубым нарушением сознания. Смертность при поступлении в сопоре составила 80 %, при коме — 55,6 %. Важной социальной характеристикой исследуемого вида травмы является факт алкогольного опьянения у пострадавших, которое отмечено у 9 (22,0 %) чел.

#### **Характеристика локальных повреждений**

Изучение местных повреждений важно с точки зрения указания на точку приложения травмирующей силы, косвенно на силу удара, тип воздействующего на область головы предмета, в некоторых случаях позволяет сделать вывод о множественном травматическом воздействии.

Среди изученных случаев повреждения кожных покровов головы определялись у 68,3 % больных. При этом отмечены следующие локальные травмы:

- ссадины, раны головы — у 11 (26,8 %) чел.;
- ушиб кожных покровов головы — у 10 (24,4 %) чел.;
- кровотечение из носа и наружного слухового прохода — у 7 (17,0 %) больных.

#### **Сочетанные повреждения**

Как известно, одновременное повреждение нескольких анатомических областей тела существенно влияет на исход травмы, затрудняет диагностику и требует более интенсивного лечения и консультации врачей смежных специальностей [5].

Получены данные о частоте и характере сопутствующей патологии. Всего сочетанная травма диагностирована у 20 (48,8 %) чел.: травма лица — у 8 (19,5 %) чел., травма грудной клетки (переломы ребер, пневмоторакс, ушиб легких) — у 5 (12,2 %), повреждение верхних и нижних конечностей — у 4 (9,8 %), множественные повреждения (политравма) — у 2 (4,9 %) чел., травма шеи — 1 (2,4 %) случай. Травма таза и брюшной полости в нашей выборке не встречалась.

Таким образом, анализ показывает, что такие пациенты должны на первом этапе обследоваться несколькими специалистами различного профиля (нейрохирург, травматолог, хирург, челюстно-лицевой хирург).

#### **Выводы:**

1. Травматическая внутримозговая гематома более характерна для лиц зрелого и пожилого возраста (старше 40 лет), преимущественно, мужчин (80,5 %).
2. Превалирующими причинами травмы являются падение при ходьбе и беге — 9 (22,0 %) случаев и судорожный припадок — 7 (17,0 %) чел.
3. Наиболее характерным неврологическим симптомом было нарушение сознания различной глубины (выявлено у всех пациентов). В оглушении поступило 27 (65,9 %) чел., в коме — 9 (21,9 %) больных.
4. Данный вид тяжелой ЧМТ в половине случаев сочетается с поражением других органов, чаще с травмой лица и грудной клетки (переломы ребер, пневмоторакс, ушиб легких).

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Бердиев, Р. Н. Черепно-мозговая травма с тяжелым клиническим течением / Р. Н. Бердиев // Вестн. хирургии. — 2005. — № 6. — С. 97–100.
2. Квасов, В. Т. Черепно-мозговая травма у пожилых / В. Т. Квасов // Клин. геронтол. — 2004. — № 8. — С. 56–59.
3. Крылов, В. В. Вторичные факторы повреждений головного мозга при черепно-мозговой травме / В. В. Крылов [и др.] // Рос. мед. журнал. — 2009. — № 3. — С. 23–28.
4. Латышева, В. Я. Черепно-мозговая травма: классификация, клиническая картина, диагностика и лечение: учеб. пособие / В. Я. Латышева, М. В. Олизарович, В. Л. Сачковский. — Мн. : Выш. шк., 2005. — 110 с.
5. Черепно-мозговая травма: клиническое рук. / под ред. А. Н. Коновалова, Л. Б. Лихтермана, А. А. Потапова. — М. : Антидор, 1998 г. — 550 с.