

## ОСОБЕННОСТИ ПОВРЕЖДЕНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ГОЛОВЫ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

*Шумеева А. А.*

**Научный руководитель: доцент, к.м.н. М. В. Олизарович**

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

### ***Введение***

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) — это совокупность патологических процессов, которые происходят в черепе и мозге, и возникают в ответ на механическое воздействие [1].

ЧМТ преимущественно получает наиболее активный и важный в социальном и трудовом отношении контингент населения — лица до 50 лет. Это определяет большие экономические потери вследствие высокой смертности, нередкой инвалидизации пострадавших, а также временной утраты трудоспособности [1, 2].

Тяжесть ЧМТ обуславливается выраженностью отека головного мозга, наличием и объемом внутримозгового кровоизлияния, характером перелома черепа [1, 3].

Изучение особенности внешних проявлений тяжелой ЧМТ позволит улучшить диагностику данной патологии и повысит точность решения экспертных вопросов о точке приложения силы и характере ранящего предмета.

### ***Цель и методы исследования***

Целью работы был анализ особенности локализации и вида повреждений мягких тканей головы у пациентов с тяжелой ЧМТ.

Проведен анализ случаев лечения в нейрохирургическом отделении Гомельской областной клинической больницы 40 пациентов с различными видами тяжелой ЧМТ в 2013–2014 гг.

Проанализированы следующие показатели: пол, возраст пациентов, локализация и тип повреждений мягких тканей головы.

### ***Результаты исследования и их обсуждение***

Особенности распределения пациентов в исследованной группе по полу и возрасту представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Распределение пациентов по возрасту и полу

Возраст, лет	Количество пациентов	%	Пол			
			женский	%	мужской	%
Младше 18	5	12,5	2	5,0	3	7,5
20–29	5	12,5	1	2,5	4	10,0
30–39	12	30,0	3	7,5	8	20,0
40–49	9	22,5	3	7,5	7	17,5
50–59	7	17,5	2	5,0	5	12,5
Старше 60	2	5,0	0	0	2	5,0
Всего	40	100	11	27,5	29	72,5

Как следует из таблицы, число пациентов в трудоспособном возрасте в группе, перенесших тяжелую ЧМТ, составило 33 (82,5 %) человека, при значительном преобладании в изученной группе лиц мужского пола — 29 (72,5 %) пациентов.

Данные о локализации повреждений мягких тканей головы получены при стандартной оценке местного статуса, что представлено в таблице 2.

Таблица 2 — Локализация повреждений мягких тканей

Локализация по областям	Число пациентов	
	n	%
Лобная	2	5,0
Теменная	8	20,0
Височная	7	17,5
Затылочная	15	37,5
Две области с одной стороны	6	15,0
Множественные повреждения	2	5,0
Всего	40	100

Согласно полученным данным, наиболее часто повреждения располагались в затылочной области (15 случаев — 37,5 %). Множественные повреждения были редкими и диагностированы у 2 (5,0 %) пациентов.

Учитывая, что анализировалась тяжелая ЧМТ, для целей данной работы мы фиксировали тип повреждения. Полученные нами данные представлены в таблице 3.

Установлено, что наиболее частым видом наружного повреждения при поступлении в стационар после получения тяжелой ЧМТ был ушиб (кровоподтек) мягких тканей головы (18 человек — 45,0%). Ранение диагностировано у 15 (37,5%) пациентов.

Таблица 3 — Тип повреждений при ЧМТ

Локализация по областям	Тип повреждения					
	ссадина		ушиб, кровоподтек		рана	
	n	%	n	%	n	%
Лобная	1	2,5	0	0	1	2,5
Теменная	1	2,5	2	5,0	5	12,5
Затылочная	2	5,0	8	20,0	5	12,5
Височная	2	5,0	3	7,5	2	5,0
Две области с одной стороны	1	2,5	4	10,0	1	2,5
Множественные повреждения	0	0	1	2,5	1	2,5
Всего	7	17,5	18	45,0	15	37,5

Отдельно характеризуется вид раны. При этом диагностированы: ушибленная рана — 10 (25,0 %) случаев, скальпированная рана — 3 (7,5 %), резаная рана и колотая рана — по 1 (2,5 %) случаю.

Изучение локализации конкретного типа раны может быть важно с точки зрения указания на силу удара и тип воздействующего на область головы предмета. Данные о локализации различных видов ран (15 случаев) указаны в таблице 4.

Таблица 4 — Вид ран головы при ЧМТ

Локализация по областям	Вид раны							
	ушибленная		скальпированная		резаная		колотая	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Лобная	1	6,6	0	0	0	0	0	0
Теменная	4	26,6	1	6,6	0	0	0	0
Затылочная	4	26,6	0	0	0	0	1	6,6
Височная	1	6,6	1	6,6	0	0	0	0
Две раны с одной стороны	0	0	0	0	1	6,6	0	0
Три и более ран с двух сторон	0	0	1	6,6	0	0	0	0
Всего	10	66,6	3	20,0	1	6,6	1	6,6

Как следует из таблицы, наиболее часто ушибленные раны локализовались в теменной и затылочной областях (по 4 случая — 26,6 %). Превалирования в расположении других типов ран не установлено.

### **Выводы:**

1. В группе пациентов с тяжелой ЧМТ преобладали лица в трудоспособном возрасте (82,5 %). Среди травмированных значительно преобладали мужчины (72,5 %).
2. Наиболее часто повреждения мягких тканей головы у лиц, данной группы, располагались в затылочной области (37,5 %).
3. Преимущественной локализацией ушибленных ран была теменная и затылочная области (по 26,6 %).

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Черепно-мозговая травма / под ред. С. В. Скромце, А. А. Скромце, Т. А. Скромце. — СПб.: Политехника, 2001. — 355 с.
2. Латышева, В. Я. Черепно-мозговая травма: классификация, клиническая картина, диагностика и лечение: учебное пособие / В. Я. Латышева, М. В. Олизарович, В. Л. Сачковский. — Минск: Выш. шк., 2005. — 110 с.
3. Толпекин, Е. Л. Терапия очаговых травматических повреждений головного мозга: учеб.-метод. пособие / Е. Л. Толпекин, А. С. Федулов, Ф. В. Олешкевич. — Минск: БГМУ, 2001. — 26 с.

**УДК 616.37-002.1-005**

## **ПОКАЗАТЕЛИ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА В НОРМЕ И ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ**

*Шуркало В. В., Козел И. С.*

**Научный руководитель: к.м.н., доц. В. Л. Казушиц**

**Учреждение образования**

**«Белорусский государственный медицинский университет»  
г. Минск, Республика Беларусь**

### **Введение**

Микроциркуляция выдвинулась в ряд важнейших проблем экспериментальной и клинической медицины. Проблема микрогемодиализации, направленная на разработку фундаментальных закономерностей динамики кровотока и лимфотока в микрососудах, активно разрабатывается во всем мире. Актуальность этой проблемы можно объяснить тем, что микрососудистое русло является местом, где в конечном счете реализуется транспортная функция сердечно-сосудистой системы и обеспечивается транскапиллярный обмен, создающий необходимый гомеостаз. От решения проблемы микроциркуляции зависит выяснение некоторых сторон патогенеза многих заболеваний [1].

Существует немало методов изучения микроциркуляторного русла (МЦР), среди которых помимо микроскопии, претерпевающей постоянные усовершенствования, большое распространение получили всевозможные методы микрофотографии, методы сверхскоростной (400–800 кадров в минуту) киносъемки. Применяются методики введения в кровоток электронноплотных частиц с последующим изучением проникновения этих частиц через стенку сосудов (методика «меченых» сосудов), а также введение в кровоток различных красок, флюорохромов и веществ с низким и высоким молекулярным весом, радиоактивных веществ, которые предполагают использование световой, люминесцентной микроскопии и ауторадиографии [2]. Однако данные методы в основном направлены на изучение анатомической структуры МЦР, но не на изучение его функции.

Наблюдения за больными с различными хирургическими заболеваниями обращают внимание на нарушения периферического кровообращения при этих патологических процессах. Тем не менее, никаких сведений о состоянии микроциркуляции на местном и организменном уровне при отдельных хирургических заболеваниях в литературе не имеется. Оказалось, что до настоящего времени отсутствовали методы для изучения микроциркуляции в условиях клиники.

### **Цель**

Сравнить параметры микроциркуляторного русла у «здоровых» людей и больных с острым панкреатитом.