

## **Анализ структуры непосредственных причин смерти при тяжелой черепно-мозговой травме**

*Равилова Дарья Маратовна, Моржина Людмила Александровна*

*Белорусский государственный медицинский университет, Минск*

*Научный(-е) руководитель(-и) – кандидат медицинских наук, научный сотрудник Шамкалович Андрей Владимирович, Белорусский государственный медицинский университет, Минск*

### **Введение**

В связи с тем, что в значительном числе случаев смерть пострадавших с черепно-мозговой травмой наступает в условиях стационара от осложнений, особую актуальность приобретает выявление причинно-следственной связи между полученной травмой и осложнениями, приведшими к смерти.

### **Цель исследования**

Изучение и анализ структуры смертельных исходов от тяжелой черепно-мозговой травмы в различные сроки посттравматического периода.

### **Материалы и методы**

На базе ГКБСМП проведен ретроспективный анализ смертельных исходов 103 пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой, находящихся на стационарном лечении в 2014 году. Полученные данные были обработаны с использованием программ Statistica 22.0, Biostat 4.03. При создании базы данных использовался редактор электронных таблиц Excel 7.0. Статистическая обработка материалов исследования осуществлялась с помощью параметрических и непараметрических методов вариационной статистики.

### **Результаты**

Средний возраст пострадавших составил 49,4 ( $p < 0,05$ ) лет. Из числа пострадавших отмечается преобладание лиц трудоспособного возраста (18-60 лет) – 71 (69%) над лицами пенсионного ( $>60$  лет) – 32 (31%). Абсолютное большинство травм было получено в быту – 99 (96,1%), 4 (3,9%) - на производстве. Сочетанные повреждения встречались с частотой 42%, из них 61,2% – открытые ЧМТ. Среди изолированных травм (58%) значительно доминировали закрытые ЧМТ – 75,7%. Для умерших с сочетанной травмой характерен несколько более низкий уровень сознания при поступлении (5,87;  $p > 0,05$ ), чем у больных с изолированной ТЧМТ (7,37;  $p > 0,05$ ). Ушибы головного мозга средней и тяжелой степени сопровождали абсолютное большинство летальных исходов. 55% внутричерепных кровоизлияний носили комбинированный характер, которые сопровождались ангиоспазмом и развитием ишемии мозга, эпидуральные гематомы составили 15%. Переломы костей черепа встречались в 59,2% случаев. Оперативное лечение было проведено в 73,7% случаев. Продолжительность лечения в стационаре составляла от 1 дня до 65 суток. Летальность от ТЧМТ достигала максимального значения в первые 5 суток. Основные причины смерти: отек и дислокация головного мозга, острая сердечно-сосудистая недостаточность и гнойно-воспалительные осложнения (интра- и экстрацеребральные).

### **Выводы**

Ушибы головного мозга и внутричерепные гематомы сопровождали абсолютное большинство смертельных травм, при этом в 46% отмечался мультиочаговый характер повреждений. На прогноз оказывали влияние такие факторы, как уровень сознания при поступлении, состояние витальных функций, характер травмы и возраст пострадавших.