

изменений железистой паренхимы в виде макро- и микроаденоматоза. При этом в 65 % случаев наблюдались очевидные макроаденомы ПЩЖ. Появление макроаденом свидетельствует о переходе ВГПТ к ТГПТ с автономизацией синтеза паратгормона и бесперспективность консервативного лечения. Большая доля случаев ТГПТ по данным заключительного патогистологического исследования указывает на запущенность исследуемой категории пациентов, недооценку врачами грубых эндокринологических нарушений у больных с ХПН. А также еще более 20 % больных с микроаденоматозом ПЩЖ, которые составляют пограничную группу пациентов с морфологическими предпосылками для развития автономизации паратиреоидной функции и перехода ВГПТ в ТГПТ.

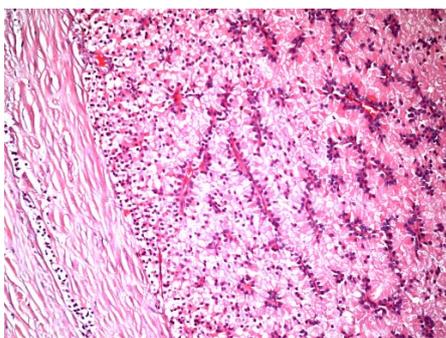


Рисунок 1 — ПЩЖ-аденома из главных клеток
Окр. гематоксилин-эозином. ×100

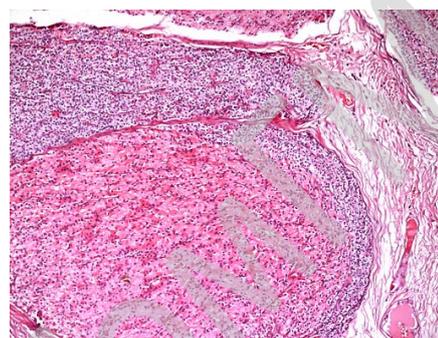


Рисунок 2 — ПЩЖ-аденома из оксифильных клеток.
Окр. гематоксилин-эозином. ×100

Выводы

Большинство ПЩЖ, удаленных во время операций по поводу тяжелых форм ВГПТ ренального генеза, демонстрирует наличие аденоматозных изменений железистой паренхимы в виде микро- и макроаденоматозу, причем в 2/3 случаев наблюдались макроаденомы, что свидетельствует о переходе ВГПТ к ТГПТ. Морфологическая диагностика ПЩЖ вместе с клинико-лабораторной характеристикой заболевания позволяет установить наиболее корректный заключительный диагноз и влияет на дальнейшую оценку прогноза заболевания и тактику лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Post-transplantation tertiary hyperparathyroidism / M. C. Gioviale [et al.] // Ann. Transplant. — 2012. — Vol. 17(3). — P. 111–119.
2. Jamal, S. A. Secondary and tertiary hyperparathyroidism / S. A. Jamal, P. D. Miller // J. Clin. Densitom. — 2013. — Vol. 16(1). — P. 64–68.
3. Kebebew, E. Tertiary hyperparathyroidism: histologic patterns of disease and results of parathyroidectomy / E. Kebebew, Q. Y. Duh, O. H. Clark // Arch. Surg. — 2004. — Vol. 139(9). — P. 974–977.
4. Evolution of secondary hyperparathyroidism after kidney transplantation in patients receiving cinacalcet on dialysis / J. V. Torregrosa [et al.] // Transplant. Proc. — 2009. — Vol. 41. — P. 2396–2398.

УДК 616-089.22

СОВРЕМЕННЫЕ СРЕДСТВА ТРАНСПОРТНОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ

Болоткин А. Г., Прокопович Д. А.

Научный руководитель: подполковник медицинской службы А. О. Шпаньков

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Под транспортной иммобилизацией понимают создание неподвижности поврежденной части тела на время доставки пострадавшего в лечебное учреждение. Она является временной мерой (от нескольких часов до нескольких дней), однако имеет большое значение

ние, как для жизни пострадавшего, так и для дальнейшего течения и исхода повреждения. Понимание значимости данного вида оказания помощи, умение быстро и своевременно проводить манипуляции, связанные с транспортной иммобилизацией раненых и пострадавших, являются ключом к спасению жизни пострадавших на догоспитальном этапе. Своевременно и правильно выполненная транспортная иммобилизация является важнейшим мероприятием первой помощи при огнестрельных, открытых и закрытых переломах, обширных повреждениях мягких тканей, повреждениях суставов, сосудов и нервных стволов.

Цель

Проанализировать существующие современные средства транспортной иммобилизации.

Материал и методы исследования

Была изучена и проанализирована литература по современным средствам транспортной иммобилизации.

Результаты исследования и их обсуждение

Транспортная иммобилизация — важнейшее мероприятие первой помощи, включающее создание неподвижности поврежденной части тела с помощью транспортных шин или подручных средств на время, необходимое для транспортировки раненого с поля боя или этапа медицинской эвакуации в лечебное учреждение.

Основная задача транспортной иммобилизации — сохранение жизни пострадавшего и защита поврежденной части опорно-двигательного аппарата от дополнительной травматизации и развития травматического и геморрагического шока во время транспортировки пострадавшего в лечебное учреждение, особенно при множественных переломах конечностей.

Наиболее частые показания для транспортной иммобилизации — переломы костей, обширные повреждения мягких тканей, глубокие ожоги, повреждения крупных кровеносных сосудов и нервных стволов, некоторые острые воспалительные процессы (например, глубокая флегмона бедра). При переломах костей транспортная иммобилизация предупреждает вторичное смещение костных фрагментов и перфорацию ими кожи. Обеспечивая неподвижность костных отломков и уменьшая травматизацию мягких тканей в области перелома, она позволяет избежать усиления боли и предотвратить развитие травматического шока. Кроме того, транспортная иммобилизация служит для профилактики повреждения кровеносных сосудов и, следовательно, кровотечения, травмы нервных стволов, жировой эмболии, а также развития и распространения инфекции в ране (таблица 1).

Основные правила при выполнении транспортной иммобилизации:

1. Транспортная иммобилизация поврежденной части тела должна выполняться на месте травмы в максимально ранние сроки после ранения или повреждения, правило «золотого часа».

2. Перед проведением транспортной иммобилизации необходимо ввести пострадавшему обезболивающее средство (омнопон, морфин, промедол и др.).

3. Транспортную иммобилизацию на этапах первой и доврачебной помощи выполняют поверх обуви и одежды.

4. Поврежденную конечность иммобилизируют в функциональном положении.

5. Шину необходимо предварительно смоделировать в соответствии с контурами и положением поврежденной части тела (на здоровой конечности или на себе).

6. Перед наложением средств транспортной иммобилизации следует защитить костные выступы (лодыжки, гребни подвздошных костей, крупные суставы) ватно-марлевыми салфетками.

7. В случаях, когда повреждение сопровождается наружным кровотечением, перед транспортной иммобилизацией выполняются его остановка (жгут, давящая повязка), рана укрывается стерильной повязкой.

Требования, предъявляемые к современным средствам для транспортной иммобилизации:

- простые в использовании;
- достаточно прочные, для предания неподвижности травмированного участка тела;
- легкие и компактные;
- универсальные в области применения;
- гипоаллергенные;

- многоразовые и способные выдерживать обработку современными дезинфицирующими средствами;
- рентген-негативные;
- способные сохранять свои свойства после незначительного повреждения.

Таблица 1 — Сравнительная характеристика основных видов шин

Виды шин	Гибкая шина	Вакуумная шина	Шина типа Дитерихса
Масса, г	130	300–3700	3500
Габаритный размер, см	91 × 11	от 67 × 34 до 130 × 68	167,5 × 7,4 × 1,0
Время готовности к работе, мин	4	2	5
Использование дополнительных материалов	Эластичный бинт	Вакуумный насос	Нет
Предание шине жесткости	Сгибанием	Откачиванием воздуха	Шина изначально жесткая
Предназначение	Кисть, запястье, предплечье, плечо, голень	Верхняя или нижняя конечность полностью, шея	Нижняя конечность полностью
Многоразовость использования	Да	Да	Да
Обработка дезинфектантами	Да	Да	Да
Рентгенонегативность	Да	Да	Да
Прочность*	+	—	±
Цена, долларов США	≈ 18	≈ 250 (за набор)	≈ 7

* — Гибкая шина при механическом повреждении изгибается под действием агента, но при последующем выравнивании восстанавливает свои первоначальные свойства. Вакуумная шина при незначительном сквозном отверстии полностью утрачивает свои иммобилизующие свойства. Шина типа Дитерихса при переломе одной из частей незначительно утрачивает свою функциональность, но с помощью оставшейся части возможно произвести достаточно качественную иммобилизацию.

Вывод

Из вышесказанного следует, что современные шины для транспортной иммобилизации не в полном объеме соответствуют предъявляемым к ним требованиям. Следовательно, необходимо продолжать изыскания по разработке новых иммобилизирующих методов, а для оказания полноценной и всеобъемлющей помощи иметь в своем арсенале представителей каждого вида шин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Суковатых, Б. С. Хирургические болезни и травмы в общей врачебной практике [Электронный ресурс] / Б. С. Суковатых, С. А. Сумин, Н. К. Горшунова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — Режим доступа: www.rosmedlib.ru.
2. Вакуумные шины и матрасы для эффективной иммобилизации [Электронный ресурс]. — 2017. — Режим доступа: www.medex.su.
3. Обзор шины SAM Soft Shell Splint [Электронный ресурс]. — 2015. — Режим доступа: www.secretsquidrel.com.ua.

УДК 616. 33 - 005.1 : 616. 348 - 06

КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ТЕРМИНАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА: КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Болтрукевич П. Г., Соколовский С. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. Г. Кузнецов

Учреждение образования

**«Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь**

Введение

Дивертикулярная болезнь ободочной кишки в свое время была названа «болезнью XX века», но и в XXI в. эта проблема остается актуальной [1, 2]. Одним из серьезных и опасных