

ном, реанимационном, профильном клиническом и реабилитационном. Из общего числа пострадавших на догоспитальном этапе погибают около 20–25 %, еще 20 % погибают в реанимационном отделении, поэтому к моменту перевода в профильное клиническое отделение остается только 55–60 % из тех, которые были первично травмированы.

Самой частой причиной смерти при множественных и сочетанных травмах является тяжелый травматический шок одновременно с острой массивной потерей крови и тяжелые повреждения жизненно важных органов. Ведущим звеном в патогенезе развития травматического шока при тяжелых сочетанных и множественных травмах является нарушение периферического кровообращения. Для его нормализации не менее важным, чем адекватное возмещение потери крови, является устранение чрезмерного спазма сосудов, агрегации форменных элементов крови и профилактика недостаточности коры надпочечников [3].

Несмотря на широкое использование венозных катетеров признано, что потенциально большие ограничения реанимации на догоспитальном этапе обусловлены задержкой во времени и неудачами, связанными с получением внутрисосудистого доступа. Время, необходимое для получения венозного доступа, является ключевым фактором. В таких ситуациях возможно применение методики внутрикостного переливания инфузионных растворов и введения медикаментов.

Выводы

Учитывая сложность патогенеза развития травматического шока при политравме, имеет смысл обратить большее внимание на новые методы оказания медицинской помощи при шоке, в частности, на внутрикостный метод инфузии на догоспитальном этапе, как на один из возможных способов снижения уровня летальности при тяжелых травматических повреждениях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Внутрикостная инфузия. Новые средства осуществления. / S. DeBoer [et al.] // Біль, знеболювання і інтенсивна терапія, Київ, Україна. — 2006. — № 2.
2. Помощь пострадавшим на месте происшествия. Вопросы терминологии / Ю. В. Михайлова [и др.] // Информационно-аналитический вестник. Социальные аспекты здоровья населения. — 2008. — № 1.
3. Соколов, В. А. Множественные и сочетанные травмы / В. А. Соколов. — М.: ГЭОТАР, 2006 — 512 с.

УДК 616-001-002.191-089.163-076.5

ЦИТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГРАНУЛИРУЮЩИХ РАН РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ, ПОДГОТОВЛЕННЫХ К АУТОДЕРМОПЛАСТИКЕ

Бондаренко Ю. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Ю. И. Ярец

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Раневой процесс представляет собой сложный комплекс реакций организма, включающий взаимодействие различных клеточных элементов, которые обеспечивают стабильность репарации. Динамика показателей течения раневого процесса может изменяться под влиянием различных факторов, при этом важное значение приобретает этиология раневого повреждения [1]. Ранения, вызванные действием высоких и низких температур (ожоги и отморожения) могут характеризоваться определенными цитологическими особенностями созревания грануляционной ткани.

Цель

Провести сравнительный анализ показателей цитограмм гранулирующих ран различной этиологии.

Материалы и методы исследования

Объектом исследования были 30 пациентов (20 мужчин, 10 женщин, в возрасте от 20 до 60 лет) с локальными раневыми повреждениями, вызванными холодовой (глубокие отморожения, $n = 19$) и термической (глубокие ожоги, $n = 11$) травмой. Пациенты находились на стационарном лечении в ожоговом отделении ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 1». После проведения предоперационной подготовки, направленной на очищение ран и созревание грануляционной ткани, всем пациентам была проведена операция восстановления кожного покрова путем аутодермопластики (АДП).

Для оценки состояния гранулирующей раны перед выполнением АДП проводили цитологический анализ поверхностного биоптата ран по М. Ф. Камаеву [2]. Материал получали путем легкого соскоба поверхностного слоя раны ручкой хирургического скальпеля. Биоптат распределяли по поверхности предметного стекла, высушивали, фиксировали 96 % этиловым спиртом (2 мин) и окрашивали по способу Романовского–Гимзы (15 мин). В полученных мазках проводился анализ относительного содержания следующих клеточных элементов: сегментоядерные нейтрофилы (СЯН), палочкоядерные нейтрофилы (ПН), фагоцитирующие нейтрофилы (ФН), дегенеративные нейтрофилы (ДН), эозинофилы (Э), лимфоциты (Л), моноциты (М), гистиоциты (Гц), макрофаги (Мф), фиброциты (Фц), фибробласты (Фбл), эндотелий (Энд). Результаты выражали в процентах на 100 сосчитанных клеток.

Для статистической обработки полученных данных использована программа «Statistica», 6.0 (StatSoft, USA). Результаты представляли в виде $M(25; 75\%)$, где M — медиана, 25 % — нижний квартиль, 75 % — верхний квартиль. Дальнейший статистический анализ проводился с использованием непараметрических критериев: U -критерия Манн-Уитни (для двух несвязанных выборок). Различия в результатах считали значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования

Выявлено, что у пациентов с различной этиологией раневого повреждения относительное содержание ряда клеточных элементов в цитограммах ран различается (рисунок 1).

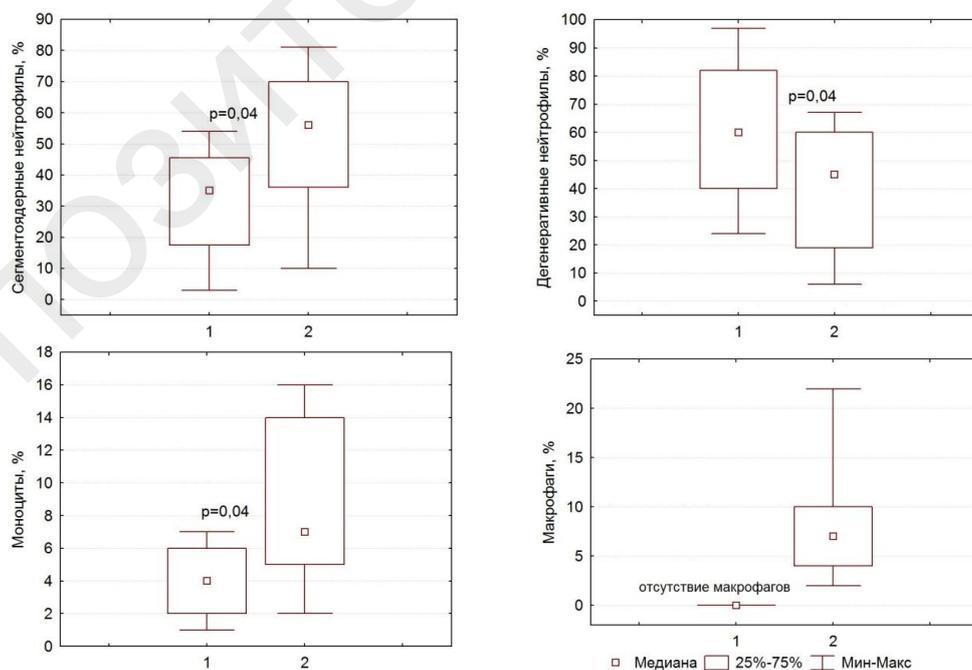


Рисунок 1 — Различия в относительном содержании клеточных элементов

в цитограммах гранулирующих ран, вызванных различными этиологическими факторами:

- 1 — клеточные элементы цитограмм ран у пациентов с отморожениями;
- 2 — показатели цитограммы для пациентов с термическими ожогами

Как видно из рисунка 1, у пациентов с отморожениями в дооперационных цитограммах ран количество СЯН было ниже, чем у пациентов с ожогами (соответственно 35,0 (17,5; 45,5 %) и 56,0 (36,0; 70,0 %), $p = 0,04$). Возможно, менее выраженные воспалительные явления в ране у пациентов с отморожениями связаны с влиянием холодового фактора на раневой процесс и определенными особенностями образования грануляционной ткани [1]. В то же время у пациентов с ранами после отморожений содержание ДН было выше, чем у пациентов с ожогами (соответственно 60,0 (40,0; 82,0 %), 45,0 (19,0; 60,0 %), $p = 0,04$). Моноцитарно-макрофагальная реакция в цитограммах гранулирующих ран была больше выражена у пациентов с термическими раневыми повреждениями ($p = 0,04$). Так, относительное содержание М составляло 7,0 (5,0; 14,0 %), Мф 7,0 (4,0; 10,0 %). Активная моноцитарно-макрофагальная реакция указывает на процессы очищения раны и создает условия для созревания соединительной ткани и элементов молодой грануляционной ткани [2]. Наряду с более низким содержанием М — (4,0 (2,0; 6,0 %)), в цитограммах пациентов с отморожениями полностью отсутствовали макрофаги.

Выводы

1. У пациентов с гранулирующими ранами, подготовленными к аутодермопластике, цитологический состав ран различается в зависимости от этиологии раневого повреждения.

2. У пациентов с ранами, которые были вызваны термическим агентом (ожоги) цитограммы характеризовались преобладанием воспалительного компонента и более выраженной моноцитарно-макрофагальной реакцией. У пациентов с ранами после отморожений в цитограммах преобладали дегенеративные нейтрофилы и отсутствовали макрофаги.

3. Оценка состояния репаративной реакции в ране на основе цитологической верификации может быть рекомендована для идентификации особенностей течения раневого процесса в процессе лечения и может служить объективным методом уточнения готовности раны к оперативному лечению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воинов, А. И. Отморожения конечностей / А. И. Воинов. — Минск: ГИЗАО «Маладняк», 1995. — 144.
2. Фенчин, К. М. Заживление ран / К. М. Фенчин. — Киев: Здоров'я, 1979. — 168 с.

УДК 616.972(476)

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИСОМ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ ЗА 2006–2012 ГОДЫ

Бондарь С. Ю., Плешко А. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. Л. Навроцкий

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

Введение

Среди многообразия ИППП серьезную проблему по-прежнему представляет сифилис. Несмотря на то, что заболеваемость сифилисом в Республике Беларусь за период с