

больных было проведено исследование количества форменных элементов периферической крови в отдаленном послеоперационном периоде в сроки 2–12 месяцев после операции.

Результаты исследования

У пациентов с гиперспленизмом в раннем послеоперационном периоде зафиксировано увеличение количества форменных элементов периферической крови. Однако в отдаленном послеоперационном периоде наблюдалось обратное снижение количества форменных элементов периферической крови и явления гиперспленизма сохранялись.

Выводы

Спленоренальное шунтирование и TIPS не могут являться операциями выбора для коррекции синдрома гиперспленизма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Эндоваскулярная и оперативная хирургия в лечении портальной гипертензии / А. Е. Борисов [и др.] // Профессор М. И. Лыткин и его школа: сб. науч. работ: посвящается 75-летию М. И. Лыткина. — СПб., 1994.
2. Ким, И. Н. Коррекция гиперспленизма у больных с синдромом портальной гипертензии, 2009.
3. Лазуткин, М. В. Хирургическая коррекция гиперспленизма у больных с синдромом портальной гипертензии, 2006.
4. Ерашчанцев, А. К. [и др.] // Результаты портокавального шунтирования у больных циррозом печени с портальной гипертензией. — 1998.

УДК 616-001-083.98:614.812

ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Болоткин А. Г.

Научный руководитель: Е. Л. Глухарев

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Актуальность проблемы травматизма, и политравмы в том числе, определяется как проблемами оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе, так и его последствиями (инвалидностью и смертностью). По статистике ВОЗ тяжелые механические травмы среди причин смертности уступают лишь опухолям и сердечно-сосудистым заболеваниям, особенно у лиц моложе 45 лет. В последние 15–20 лет в результате развития промышленности, в частности автомобильного транспорта и высотного строительства, во всем мире качественно изменилась структура травматизма — значителен рост числа и тяжести политравм.

Цель

Проанализировать и выявить основные проблемы оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе у пострадавших с политравмой, которые влияют на летальность и инвалидность, и предложить к рассмотрению альтернативные способы борьбы с данными проблемами.

Материалы и методы исследования

Были использованы статистические данные по травматизму и выполнен анализ существующих схем и протоколов оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе.

Результаты исследования

Политравма — синдром множественных повреждений с последовательными системными реакциями, которые могут привести к дисфункции отдельных органов и жизненных систем, не имеющих прямой травмы. Термин «политравма» является собирательным понятием, включающим в себя сочетанные, множественные и комбинированные повреждения.

В травматологических отделениях больших городов при авариях и стихийных бедствиях количество пострадавших с политравмами составляет 15–30 %, а при катастрофах количество таких пострадавших насчитывается до 40 %.

Помощь пострадавшим с сочетанной травмой оказывают на 4 этапах: догоспиталь-

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