

Выводы

Исходя из полученных данных, можно утверждать, что в походах, путешествиях, экскурсиях и занятиях туризмом в целом, воспитываются: чувство коллективизма, товарищества, взаимовыручки, совершенствуется физическое и умственное развитие, приобретаются полезные практические умения и навыки.

Туризм является общедоступным, эффективным способом физического и психического оздоровления и, как итог, повышения качества жизни.

Путешествия учат больше, чем бы то ни было. Иногда один день, проведенный в других местах, дает больше, чем десять лет жизни дома. — А. Франс.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ганопольский, В. И. Туризм и спортивное ориентирование: учеб. для ин-тов и тех-мов физ. культ. / В. И. Ганопольский. — М.: Физкультура и спорт, 1987. — 240 с.
2. Ганопольский, В. И. Уроки туризма: Пособие для учителей / В. И. Ганопольский. — Минск: НМЦентр, 1998. — 216 с.
3. Некляев, С. Э. Поведение учащихся в экстремальных условиях природы / С. Э. Некляев. — М.: ВЛАДОС, 2003. — 240 с.
4. Социологический опрос студентов секции туризма ГомГМУ.

УДК 61:355

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ КОМПЛЕКТНО-ТАБЕЛЬНОГО ОСНАЩЕНИЯ ВОЙСКОВОГО ЗВЕНА МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ

Романович В. В., Глухарев Е. Л.

Научный руководитель: С. А. Савчанчик

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Актуальность

Частота ранений кровеносных сосудов в современных военных конфликтах неуклонно возрастает и составляет, по данным разных авторов, от 2 до 8%. При этом от 50–70 до 95 % боевой сосудистой травмы составляют повреждения артерий конечностей.

Раненые с повреждением магистральных сосудов конечностей относятся к особой группе «потенциально спасаемых», т.е. таких, которые при своевременном и правильном оказании им первой медицинской помощи, могли бы остаться в живых. Удельный вес таких лиц по результатам войны в Афганистане составил не менее 10 %, а по результатам вооруженных конфликтов на Северном Кавказе — до 25 % от общего числа раненых, погибших на поле боя. Из них у 90 % непосредственной причиной смерти явилась наружная кровопотеря, связанная с повреждением магистральных сосудов конечностей. Анализ патологоанатомических вскрытий раненых ВС США, погибших на поле боя в ходе войн в Ираке и Афганистане (2001 г. — наст. время), показал, что более 80 % из них умерли от кровотечения. В общей сложности до 10–15 % всех смертей на поле боя приходится на кровотечения из ран конечностей [1].

Цель исследования

Проанализировать причины летальных исходов при массивной кровопотере и предложить изменения в комплектно-табельном оснащении медицинской службы Вооруженных Сил.

Материалы и методы исследования

Были использованы статистические данные летальности при массивной кровопотере и выполнен анализ имеющегося комплектно-табельного оснащения медицинской службы.

Результаты исследования

В современном военном конфликте продолжающееся наружное кровотечение при ранениях конечностей является основной причиной смерти военнослужащих на поле боя, которую можно устранить. В связи с этим исходы лечения этой категории раненых

зависят во многом от своевременной, качественной догоспитальной помощи и скорости доставки раненого на этапы медицинской эвакуации.

Несмотря на модернизацию догоспитальной помощи и появление новых средств гемостаза, частота ошибок при ранениях магистральных сосудов конечностей составляет 30 %, а частота дефектов оказания помощи — 50 %, что связано с отсутствием четкого алгоритма оказания помощи этой категории раненых. В научном мире продолжается дискуссия между гражданскими и военными специалистами об алгоритме оказания догоспитальной помощи при массивном кровотечении из ран конечностей. Если в гражданском здравоохранении приоритетными считаются щадящие методы остановки кровотечения, то, например, в ВС США особая роль в осуществлении временного гемостаза на поле боя принадлежит турникету.

Несмотря на активное совершенствование средств и методов временного гемостаза, до последнего времени в Вооруженных Силах Республики Беларусь к табельным индивидуальным средствам, используемым для остановки кровотечения, относились лишь индивидуальный перевязочный пакет (ППИ) и ленточный резиновый кровоостанавливающий жгут (жгут Эсмарха), которые входят в состав аптечек и сумок для оказания первой медицинской и доврачебной помощи (аптечка десантная АД, аптечка войсковая АВ, сумка санитаря, сумка медицинская войсковая и др.). Учитывая все негативные последствия применения кровоостанавливающего жгута, столь малый арсенал средств не может способствовать улучшению качества оказания помощи этой категории раненых.

В США, Великобритании и ряде других стран для остановки кровотечения на догоспитальном этапе помимо «традиционных методов» гемостаза (наложение давящей повязки, кровоостанавливающего жгута и др.) используют местные гемостатические препараты. Использование таких средств эффективно при повреждении магистральных кровеносных сосудов, в том числе артериальных. Данные препараты с успехом применяют не только врачи скорой помощи, полицейские, спасатели, но также и военные на поле боя [2].

Современные местные гемостатические вещества можно разделить на 2 группы. Первую группу составляют препараты на основе хитозана. Было выявлено, что этот биополимер, контактируя с кровью, вызывает изменение поверхностного потенциала эритроцитов, в результате чего приводит к их склеиванию. Образуется гелеобразная масса, которая состоит из конгломерата красных кровяных клеток, что в конечном счете приводит к остановке кровотечения. Таким образом, гемостаз осуществляется минуя естественные коагуляционные пути, т. е. без участия факторов свертывания.

Ко второй группе относятся препараты на основе неорганических соединений, среди которых наиболее эффективны производные цеолита и смектита. Цеолит — природный минерал. Гемостатический эффект его связан с быстрым влагопоглощением, в результате чего локально концентрируются крупные белковые компоненты крови, факторы свертывания, что индуцирует формирование кровяного сгустка. Препараты на основе смектита также обладают способностью хорошо впитывать жидкость. В результате после контакта с кровью смектит приобретает консистенцию глины. В такой форме он плотно заполняет рану, что при давлении извне способствует локальной компрессии кровоточащих сосудов.

Данные препараты активно внедряются во все сферы жизнедеятельности. Этому способствуют:

1. Простота применения этих средств. Для применения необходимо высыпать препарат на раневую поверхность, накрыть салфеткой и плотно прижать. Для использования этих препаратов не надо иметь медицинского образования.
2. Быстродействие и безопасность применения. Не наносят никакого вреда раненому.
3. Они помогают уменьшить риск повреждения тканей. Помогают защитить рану и легко удаляются.
4. Эффективны в различных условиях (при гипотермии, для гепаринированной крови).

Вывод

Современные гемостатические средства просты в использовании, имеют меньший вес по сравнению с кровоостанавливающим жгутом, не имеют столько осложнений при применении, как последний. Появилась необходимость пересмотреть комплектно-табельное медицинское оснащение с целью замены «устаревшего» кровоостанавливающего жгута, на более современные гемостатические препараты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Рева, В. А. Анализ догоспитальной помощи при ранениях магистральных сосудов конечностей по результатам патолого-анатомических вскрытий / В. А. Рева, Д. Э. Пыцкий // Итог. конф. воен.-науч. о-ва курсантов и слушателей акад. (фак. подготовки врачей) : тез. докл. — СПб., 2011. — С. 89–90.

2. Проблема временной остановки наружного кровотечения при ранениях магистральных сосудов конечностей от Н. И. Пирогова до наших дней / А. Б. Белевитин [и др.] // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. — 2010. — Спецвып. — С. 13–18.

УДК 617.715-002.5-08-036.2(476)

СОВРЕМЕННЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНА ЗРЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Романчук А. Н.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. С. Морозкина

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность темы:

- 1) частота туберкулезных поражений среди всех заболеваний глаз колеблется от 1,3 до 5 %;
- 2) в структуре внелегочного туберкулеза поражения глаз занимают 4-е место (после урогенитального, костно-суставного и туберкулеза лимфатических узлов);
- 3) в настоящее время около двух третей ВИЧ-инфицированных, страдающих туберкулезом, имеют внелегочные очаги инфекции, в том числе в тканях глаза;
- 4) изменилось соотношение нозологических форм туберкулеза глаз. Чаще наблюдаются ограниченные, очаговые формы, а также микст-инфекции (сочетание с токсоплазмозом, герпесом).

Туберкулез глаз представляет собой проявление общего туберкулезного заболевания организма, одну из форм внелегочного туберкулеза и относится к тяжелой патологии органа зрения. Патогенетические формы (по Е. И. Устиновой, 2000 г.): гранулематозные (образуется туберкулезная гранулема) заболевания глаз; туберкулезно-аллергические заболевания глаз; поражения органа зрения при туберкулезе ЦНС (распространение инфекции по зрительному нерву и его оболочкам).

Комплексное обследование включает:

- 1) уточнение анамнеза и жалоб;
- 2) тщательное офтальмологическое обследование;
- 3) туберкулинодиагностика, в том числе проба Коха;
- 4) иммунодиагностика, молекулярно-биологическая диагностика (ПЦР) слезной жидкости;
- 5) диагностика туберкулеза других локализаций. (R-исследование органов грудной клетки, УЗИ брюшной полости, оценка состояния периферических лимфатических узлов, мочеполовой системы, половых органов, опорно-двигательного аппарата и т. д.;
- 6) исключение других хронических инфекций;
- 7) пробное лечение туберкулоstaticами.

Диагностические критерии: основные (характерная офтальмологическая картина, очаговая туберкулиновая реакция и терапевтический эффект тест-терапии туберкулоstaticами узкого спектра действия); вспомогательные (внеглазные локализации туберкулеза, признаки инфицирования, иммунологические реакции крови). Диагноз туберкулеза глаз может быть