«Практикующий врач», Италия (Рим, Флоренция), 12-19 сентября 2011 г.

Медицинские науки

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ В ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ В ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2010 ГОДУ

Базанов С.В.

Территориальный центр медицины катастроф Ивановской области, Иваново, e-mail: tcmkio@rambler.ru

Ивановская область вошла в число субъектов РФ, в которых реализуются мероприятия, направленные на совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим в ДТП. В Ивановской области разработаны и утверждены зоны ответственности ЛПУ по оказанию медицинской помощи пострадавшим в ДТП и схема их эвакуации, а также порядок взаимодействия СМП со специальными службами МВД и МЧС. В 2009 году в Ивановскую область были поставлены 10 автомобилей СМП класса «С» на базе «Фиат Дукато», что позволило улучшить показатели оперативности и качество оказания медицинской помощи пострадавшим в ДТП в догоспитальном периоде. При этом среднее время, затрачиваемое бригадами СМП на обслуживание пострадавших в ДТП, включая время на их госпитализацию, в 2010 году составило 57 минут. Таким образом, в большинстве случаев при оказании медицинской помощи пострадавшим в ДТП удалось реализовать концепцию «золотого» часа. С 01.01.2010 г. открыты и успешно функционируют региональный травматологический центр первого уровня на базе ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница» (РТЦ) и травматологический центр второго уровня на базе МУЗ «Тейковская ЦРБ». Для оснащения указанных травматологических центров было закуплено современное медицинское оборудование. В 2010 г. на территории Ивановской области произошло 1970 ДТП (в 2009 г. – 2039), в которых получили ранения различной степени тяжести 2521 (в 2009 г. – 2705) человек и 169 (в 2009 г. – 183) человек погибли. Таким образом, в 2010 году количество ДТП сократилось на 3,3 %, число раненых и погибших уменьшилось соответственно на 6,4 и 11,1 %. В ЛПУ в течение первых 30 суток после поступления умерло 58 (в 2009 г. – 32) пострадавших в ДТП, из них в течение первых 7 суток – 51 (в 2009 г. – 28) человек. В РТЦ в 2010 году умерли 33 (в 2009 г. – 11) человека, в т.ч. 26 (в 2009 г. – 8) человек - в первые 7 суток. Относительно высокий процент смертности в РТЦ в раннем госпитальном периоде объясняется общим тяжелым состоянием пациентов, которое обусловлено не только тяжестью полученных повреждений, но и развитием и прогрессированием полиорганной недостаточности на фоне травматического шока. Если в прошлые годы данная категория больных погибала в догоспитальном периоде в присутствии бригад СМП, то в настоящее время проведение интенсивной терапии и адекватного эндопротезирования витальных функций обеспечивают сохранение пораженным жизни до момента поступления в РТЦ.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕГЕНЕРАЦИИ КОЖИ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ ТРОМБОЦИТАРНОГО КОНЦЕНТРАТА

Глухов А.А., Алексеева Н.Т., Остроушко А.П.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, e-mail: alexeevant@list.ru

Состоятельность регенерации кожи при раневом процессе определяется многими факторами, такими как, площадь повреждения, наличие раневой инфекции, реактивность организма. В связи с этим, одной из актуальных задач медицины является поиск эффективных методов воздействия на течение регенераторных процессов при заживлении ран, способов увеличения степени органоспецифичности регенератов [3, 4]. В клинической практике с этой целью используются различные методы региональной терапии [1, 2] и новые хирургические технологии [5].

Целью настоящего исследования явилась морфологическая оценка состоятельности регенерации кожи в области раневого дефекта на фоне применения тромбоцитарного концентрата.

Материалы и методы исследования. Эксперимент поставлен на белых крысах-самцах массой 240-260 г. Животным в стерильных условиях под общим обезболиванием наносили стандартную линейную рану на передней поверхности бедра (1,0×0,5 см). Первый блок исследований был направлен на выявление морфологических особенностей репаративных процессов в асептических ранах после применения гидроимпульсной санации (ГИС) и тромбоцитарного концентрата (ТК). Выделены три группы, по 7 животных в каждой. В первой опытной группе лечение асептических ран заключалось в воздействии гидроимпульсным потоком изотонического раствора хлорида натрия с помощью модифицированного аппарат «УГОР-1М». Во второй опытной группе лечение ран осуществляли с помощью ТК, используя

оригинальное устройство для нанесения гелеобразных лекарственных средств «УНГЛС-01». В контрольной группе лечение заключалось в ежедневной однократной смене асептической повязки. Забор тканей для гистологического исследования осуществляли на 21 сутки. Материал фиксировали в 10% нейтральном формалине, изготавливали парафиновые срезы. Препараты окрашивали гематоксилином и эозином и по Ван-Гизону.

Второй блок исследования включал в себя аналогичные группы животных для проведения оценки прочностных характеристик сформировавшегося рубца с помощью устройства для измерения силы, необходимой для разрыва биологической ткани в эксперименте (Патент 105824 РФ МПК A61B19/00. Устройство для измерения прочности послеоперационного рубца на разрыв в эксперименте / Глухов А.А., Остроушко А.П., Алексеева Н.Т. (РФ). Заявлено от 01.09.2010; опубликовано 27.06.2011).

Результаты и их обсуждение. Проведенное исследование тканей в области моделированной раны через 21 сутки от начала лечения показало, что во всех экспериментальных группах сформировался рубец, так как глубина повреждения располагалась ниже сосочкового слоя. На препаратах, полученных после применения ГИС, эпидермис в зоне рубца характеризовался атрофией, в дерме преобладали коллагеновые пучки с хаотичным расположением волокон. Рубец после применения ТК был покрыт эпидермисом, имеющим толщину, не отличающуюся от эпидермиса в области интактной кожи. Коллагеновые волокна в области дермы более тонкие, по сравнению с предыдущей экспериментальной группой. Клеточный компонент немногочисленный, представлен единичными фибробластами.

Определение прочности рубцовой ткани на разрыв показало, что после использования ТК она составила 1,8 Н ($p < 0,05$), превышая уровень контрольной – 1,6 Н и первой опытной групп 1,5 Н.

Заключение. Анализ полученных данных позволил сделать вывод об эффективном положительном влиянии ТК на восстановительные процессы при заживлении экспериментальных ран мягких тканей. Это проявилось увеличением объема покровного эпидермиса, стратификацией характерной для интактного эпителия, что может быть связано с усилением клеточной репродукции под действием ТК. Стимулирующее влияние ТК на активность соединительной ткани выражалось в созревании грануляционной ткани и преобладании горизонтально направленных коллагеновых волокон, окруженных минимальным клеточным компонентом. Качественная состоятельность рубца после применения ТК подтверждена исследованием прочности рубцовой ткани на разрыв.

Список литературы

1. Морфологическая характеристика тканевой реакции в ране при применении светотерапии / Н.Т. Алексеева и др. // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2008. – Т. 1, №1. – С. 50-57.

2. Глухов А.А., Скорынин О.С. Экспериментальное обоснование применения программируемой магнитотерапии в лечении ран мягких тканей. Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2009. – Т. 2, №4. –С. 305-316.

3. Мяделец О.Д., Адаскевич В.П. Морфофункциональная дерматология. – М.: Медлит, 2006. – 752 с.

4. Ноздрин В.И., Бараткова С.А., Семченко В.В. Гистофизиология кожи: учебное пособие. – Омск-Орел: Омская областная типография. 2008. – 280 с.

5. Сравнительный анализ процессов заживления хирургических ран при использовании различных видов радиочастотных режущих устройств и металлического скальпеля / В.А. Ступин и др. // Человек и его здоровье. – 2010. – №4. – С. 9-14.

РОЛЬ ТКАНЕВОГО АЦИДОЗА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С

Донцов Д.В., Васильева И.И., Амбалов Ю.М.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, e-mail: d_dontcov@mail.ru

Как известно, кислотность тканей, в том числе и печени, при хроническом гепатите С (ХГС) может повышаться, что может иметь важное значение в патогенезе заболевания. Нами было обследовано 167 РНК-положительных больных ХГС в возрасте от 20 до 44 лет. У части пациентов ($n = 41$) была проведена пункционная биопсия печени с последующим гистологическим исследованием. Кроме того, методом pH-метрии определялась и кислотность полученных пунктатов, которая составила в среднем 6,96 ± 0,05 ед. Эта величина оказалась значительно ниже уровня pH крови, который, как известно, при ХГС не претерпевает существенных отклонений от нормы, а также – pH печени у лиц с невирусными ее поражениями (7,31 ± 0,06 ед., $p < 0,001$). Было также установлено, что у больных ХГС повышается кислотность не только ткани печени, но одновременно и кожи красной каймы губ (ККГ). В последнем случае показатель pH составил 5,18 ± 0,06 ед., что было достоверно ниже, чем у практически здоровых людей – 5,68 ± 0,03 ед. и страдавших невирусными заболеваниями печени (НЗП) – 5,59 ± 0,09 ед. (в обоих случаях $p < 0,001$). Проведя корреляционный анализ, мы констатировали наличие выраженной прямой связи между показателями pH печени и кожи ККГ, причем как при ХГС ($r = 0,78$; $p < 0,01$), так и НЗП ($r = 0,71$; $p < 0,01$). Была выявлена также четкая взаимосвязь кислотности печени и кожи ККГ с активностью ХГС. Речь идет, в частности, о сывороточной АлАТ, индексе гистологической активности и, особенно, вирусной нагрузке. В последнем случае наличие сильной корреляционной связи позволило разработать нам способ ориентировочной оценки уровня вирусной нагрузки у