

THE RELEVANCE OF CLINICAL DETERMINATION OF THE DIAMETER OF THE INTERNAL JUGULAR VEIN IN INTENSIVE CARE PATIENTS

Zhuk A.I., Khilmon V.I., Shelyag M.A.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

annazhuk339@gmail.com

This article highlights the importance of clinically determining the diameter and location of the internal carotid artery in patients in the intensive care unit. Based on ultrasound examinations of the vessels of the neck using statistical criteria, a correlation was established and proved between the parameters of the neck and the location of the internal jugular vein relative to the common carotid artery.

АНАЛИЗ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ГЕМОСТАЗА РАН ПЕЧЕНИ МОНОПОЛЯРНОЙ ЭЛЕКТРОКОАГУЛЯЦИЕЙ

Жук А.И., Петухов З.А., Тарасюк Б.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

annazhuk339@gmail.com

Введение. Электрокоагуляция в качестве метода окончательного гемостаза ран печени не теряет своей актуальности в клинической практике. Однако по-прежнему сохраняется проблематичность в определении четких временных интервалов применения данного вида гемостаза.

Цель исследования. Проанализировать патогистологические изменения паренхимы печени в зависимости от времени воздействия монополярной электрокоагуляции.

Материалы и методы. Материалом для изучения были 6 белых крыс. В условиях операционной под кетаминным наркозом (0,1мл на 100 гр.) у крыс производили лапаротомию, мобилизацию доли печени, моделирование раны 1,0x0,5см и гемостаз электрокоагулятором ветеринарным «Панда-105» в монополярном режиме 6. У крыс 1-й группы гемостаз осуществляли в течение 2 секунд; 2-й – 5 секунд. На 7-е, 14-е и 30-е сутки выводили крыс из эксперимента, на аутопсии оценивали макрокартину и брали кусочки из зоны гемостаза для изучения патоморфологических изменений, фиксировали их в 10% растворе формалина, изготавливали срезы, окрашивали гематоксилин-эозином. Затем оценивали результаты с помощью световой микроскопии.

Результаты исследования. В обеих группах летальных случаев не было. Во всех сроках на вскрытии выпота в брюшной полости, признаков кровотечения, абсцессов не выявляли.

1-я группа. 7-е сутки: спайки между сальником и печенью, в области раны белесоватый рубец. Коагуляционный некроз занимает значительную площадь гистологического среза, подвергся организации за счет перифокального разрастания соединительной ткани. Воспалительный инфильтрат выражен слабо и представлен преимущественно гистиоцитами с примесью гигантских

многоядерных клеток типа инородных тел, а также - фибробластов и фиброцитов. В прилежащей ткани печени отмечается диссеминированная жировая дистрофия гепатоцитов. 14-е сутки: спайки с сальником, рубец с желтоватым оттенком. Коагуляционный некроз частично сохранился, представлен небольшим очажком. На его месте определяется неспецифическая грануляционная ткань, инфильтрированная преимущественно лимфоцитами и гистиоцитами, а также рыхлая соединительная ткань. 30-е сутки: спайки с сальником, рубец. Коагуляционный некроз подвергся резорбции, окружен соединительной тканью с наличием лимфоидно-гистиоцитарной инфильтрации. В припаянном к печени сальнике определяется очаговый фиброз. Ткань печени без особенностей.

2-я группа. 7-е сутки: плотный желтоватый рубец, спаечный процесс с сальником. Обширный коагуляционный некроз инфильтрирован микрофагами. Со стороны печени некроз окружен воспалительным инфильтратом, неспецифической грануляционной тканью, молодой соединительной тканью, формирующей капсулу. Выраженное воспаление представлено макрофагами, лимфоцитами, а также - фибробластами и фиброцитами. В прилежащей ткани печени определяется жировая дистрофия. 14-е сутки: спайки с прилежащими органами. Коагуляционный некроз на значительном протяжении подвергся резорбции. В наиболее крупном очаге детрита определяется выраженная нейтрофильно-клеточная инфильтрация. На месте рассосавшегося детрита определяется неспецифическая грануляционная ткань, богатая лимфоцитами и гистиоцитами, а также рыхлая соединительная ткань с наличием фибробластов и фиброцитов. 30-е сутки: грубый рубец, спайки с сальником. Коагуляционный некроз сохранился в виде двух маленьких очажков, подвергшихся инкапсуляции. Клеточная инфильтрация очаговая, умеренно выраженная, преимущественно лимфоидно-гистиоцитарная. Ткань печени без особенностей.

Выводы. Гемостаз ран печени при помощи монополярной коагуляции в течение 2 и 5 сек. показал свою эффективность, однако следует отдавать предпочтение 2-х секундному воздействию в связи с наименьшим повреждающим эффектом на паренхиму органа.

Литература

1. Гаин, Ю. М. Современные методы местного гемостаза при повреждениях паренхиматозных органов / Ю. М. Гаин // Новости хирургии. – 2009. – № 10. – С. 160–171.

ANALYSIS OF EXPERIMENTAL HEMOSTASIS OF LIVER WOUNDS BY MONOPOLAR ELECTROCOAGULATION

Zhuk A.I., Petukhov Z.A., Tarasuk B.I.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

annazhuk339@gmail.com

In the experiment we studied the damaging nature of the effect of monopolar electrocoagulation on the liver parenchyma and the hemostatic effectiveness of this

method of stopping bleeding in liver injury, and also revealed the features of pathomorphology when exposed to electrocoagulation for various periods of time.

КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Замараева А.А.

*Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь
slaveofGod23@outlook.com*

Введение. Щитовидная железа – это одна из желез внутренней секреции, которая производит гормоны, необходимые для поддержания нормального метаболизма и клеточной дифференцировки. [1] Заболевания щитовидной железы часто встречаются в эндокринной системе. Их развитие в основном связано с генетической предрасположенностью и различными стрессовыми факторами окружающей среды. По данным мировой статистики, более 30% людей имеют проблемы с этим органом.

Согласно НКДАР, рак щитовидной железы (РЩЖ) – распространённое онкозаболевание, индуцированное ионизирующим излучением, с вероятностью развития 10 случаев на 1000 облученных на каждый Гр. [2] Благодаря эффективному лечению, летальность крайне низка: 1 смерть на 1000 облученных на каждый Гр.

Динамика заболеваемости имеет два периода:

1. Доаварийный (до 1986 года): Уровень заболеваемости РЩЖ в Беларуси был средним (0,5-1,0 случая на 100 тыс. населения в год), сопоставимым с другими европейскими странами.

2. Поставарийный (после 1986 года): После аварии на Чернобыльской АЭС произошел катастрофический рост заболеваемости. За 1982-2022 гг. показатель в трудоспособной группе населения вырос с 1,22 до 16,72 на 100 тыс. человек. Глобальная статистика (Globocan) подтверждает, что Беларусь сейчас входит в число стран с одними из самых высоких показателей РЩЖ в мире.

Цель исследования. Проанализировать динамику заболеваемости, диагностики и эффективности лечения рака щитовидной железы среди населения Республики Беларусь с оценкой влияния половых, территориальных и временных факторов (до- и поставарийный периоды).

Материалы и методы. Проведен ретроспективный эпидемиологический анализ с расчетом основных показателей (заболеваемость, смертность, выживаемость, доля ранних стадий, соотношение смертность/заболеваемость). Данные стратифицированы по полу, территории и периоду (до- и после 1986 г.).

Результаты исследования. В Беларуси РЩЖ отличается высокой распространенностью и эпидемиологическими особенностями: чаще встречается у женщин (связано с гормональными факторами), а максимальный показатель зафиксирован в Брестской области (30,067 на 100 тыс.) [3].