

врагов. От мужества и ярости женщин-воинов французы были в шоке. Но так как у европейцев было более совершенное оружие, поэтому дагомейская армия проиграла, Дагомея пала. Из нескольких тысяч амазонок в живых остались единицы.

В современном Бенине амазонки – в прошлом. Их вспоминают только во время карнавалов, когда женщины исполняют ритуальный танец, имитирующий сражение в костюмах воинов. Последняя чернокожая амазонка по имени Нави умерла в ноябре 1979 года в деревне Кинта. Ей было 100 лет. Этнографы успели записать воспоминания Нави о ее непростой воинской жизни, о том, как она сражалась против французов, как пережила времена колониализации и дождалась свободы Дагомеи.

Литература:

1. <http://earth-chronicles.ru/news/2012-11-28-35018> (выход 31.03.2015 г.).
2. <http://terrao.livejournal.com/3885140.html> (выход 31.03.2015 г.).

Дарахвелидзе В.В., Зинюк В.А.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОГНЕСТРЕЛЬНОГО ОСТЕОМИЕЛИТА

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»
Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии
Научный руководитель – старший преподаватель Губарь Л.М.*

Актуальность. В последнее время активизация вооруженных конфликтов, террористических актов и др. аспектов современной действительности, рост числа огнестрельных открытых переломов, осложненных инфекцией, делает изучение рентгенодиагностики огнестрельных остеомиелитов актуальной проблемой медицины [1].

Цель: изучить рентгенологические особенности огнестрельных поражений костей, сравнить огнестрельный остеомиелит с гематогенным.

Методы: анализ научно-методической литературы, рентгенограмм.

Результаты. Течение и исход огнестрельных переломов костей зависит от присоединения огнестрельного остеомиелита,

который в ВОВ составлял 65%-75% всех осложнений [2]. Название «огнестрельный остеомиелит» появилось во время войны с белофиннами, но первое научное описание принадлежит Н.И. Пирогову в его бессмертных «Началах общей военно-полевой хирургии». С исключительной глубиной огнестрельный остеомиелит изучен советскими учеными на основании опыта ВОВ. В 50-е годы XX века 50% коечного фонда хирургических отделений госпиталей занимали больные с хроническим огнестрельным остеомиелитом. В настоящее время частота гнойных осложнений не имеет тенденции к снижению [3]. Во многом это связано с повышением поражающих свойств современного стрелкового оружия и боеприпасов взрывного действия. Так, в республике Афганистан и Чеченской республике частота боевых повреждений конечностей колебалась от 54 до 70%, а в отдельных наступательных операциях достигала 60-80%. По данным ООН, в мире насчитывается более 600 млн единиц легкого стрелкового оружия. При сравнительном анализе погибших от огнестрельного ранения в пересчёте на 100 тысяч человек, первое место занимает Бразилия – 21,7, второе – Уругвай (13,9), третье – Аргентина (11,5).

Не все огнестрельные переломы осложняются остеомиелитом с одинаковой частотой. Осколочные ранения дают огнестрельный остеомиелит чаще, чем пулевые. Слепые ранения осложняются чаще сквозных. Чем обширнее ранение, чем резче повреждения мягких тканей, тем чаще возникает и огнестрельный остеомиелит. Наиболее тяжело протекает огнестрельный остеомиелит в самой крупной кости – бедренной [4].

Огнестрельный остеомиелит отличается от гематогенного по этиопатогенезу, клиническому течению, локализации. Острый гематогенный остеомиелит возникает после перенесённой инфекции (тонзиллит, воспаление среднего уха, нагноение зубов, панариций, гнойничковые заболевания кожи, после инфекционных болезней), вызванной или стафилококками, или стрептококками, протеем и др. Но для огнестрельного остеомиелита характерна смешанная инфекция с немалым участием анаэробной группы.

Клинически имеется различие в первых фазах течения обоих заболеваний, в дальнейшем сходство усиливается. Острый гематогенный остеомиелит клинически проявляется в первые дни

заболевания. Огнестрельный остеомиелит начинается чаще через 2-3 недели после ранения (боли, отечность мягких тканей, обильное гнойное отделяемое из раны, общая интоксикация). Клиническая картина при огнестрельном остеомиелите весьма разнообразна в зависимости от стадии и формы процесса, при нем не наблюдается таких бурных клинических проявлений, как при гематогенном, что объясняется свободным оттоком гноя через раневое отверстие в тканях.

Огнестрельный остеомиелит начинается как местный процесс, что противоположно гематогенному. Да и распространение вне зоны повреждения имеет большую склонность к ограничению в кости, чем при гематогенном.

Локализация огнестрельного остеомиелита может быть практически в любом месте скелета, т.е. в противовес гематогенному, он не любит излюбленных мест поражения. Часто поражаются эпифизарные концы костей, где гематогенный остеомиелит не наблюдается.

Разнообразна и рентгенологическая картина огнестрельного остеомиелита.

При огнестрельном остеомиелите изменения рентгенологически определяются через 2-3 недели после травмы, т.е. одновременно с клиническими симптомами или даже раньше. Гематогенный остеомиелит рентгенологически проявляется на 10-14-й день после явного клинического начала, т.е. гораздо позже клиники. Д.Г. Рохлин на основании рентгеновских симптомов устанавливает следующие фазы процесса: 1) острую и подострую, 2) затихания, 3) хроническую, 4) обострения. Острая и подострая фазы характеризуются прогрессирующими некротическими изменениями, нарастающим остеолитом, периостальной реакцией (в диафизах), отсутствием склеротических изменений. Прежде всего появляется остеопороз – разрежение костной структуры в месте повреждения. Вскоре возникают остео некротические и остео литические изменения – основные симптомы острого огнестрельного остеомиелита, которые все время прогрессируют. Наряду с прогрессирующими остео литическими, появляются изменения и со стороны надкостницы – ее отслойка. В участках остео литических просветлений кости определяются и более плотные тени – секвестры (остео некроз «мертвая» кость). Они большей частью

локализуются в полостях и окружены более плотной тенью – эностальным склерозом. Некротические участки кости при огнестрельном остеомиелите имеют разное происхождение. Иногда они являются осколками, потерявшими связь с надкостницей. Их не следует смешивать с истинными секвестрами, которые возникают при воспалительном процессе в результате отграничения здоровой кости от омертвевшей.

В фазе затихания стабилизируются остеонекротические и остеолитические процессы, появляются склеротические изменения тени костной мозоли, уплотняются периостальные наслоения.

В хроническом периоде огнестрельный остеомиелит проявляется такими же рентгенологическими признаками, как и хронический гематогенный остеомиелит: эностальным склерозом, периостальными наслоениями при локализации в диафизарных отделах, образованием полостей с секвестрами. Хроническая фаза характеризуется нарастанием склеротических изменений.

Фаза обострения-рецидива остеомиелитического процесса характеризуется появлением некротических и остеолитических изменений и периостальных наслоений. Хроническое течение остеомиелитического процесса очень часто поддерживается наличием секвестров и инородных тел – металлических осколков, пуль, кусочков дерева, одежды, камня и др., которые приводят к нагноениям, образованию гнойных затеков, свищей. Секвестры и в некоторых случаях инородные тела малой плотности не всегда легко распознаются при обычном рентгенологическом исследовании – рентгенографии. Для обнаружения хода свища, затеков, карманов, невидимых секвестров и некоторых инородных тел применяется контрастное исследование – фистулография, которая является чрезвычайно ценным методом, определяющим часто причину хронического течения гнойного процесса в кости. Процессы сращения костей при огнестрельном остеомиелите протекают в большинстве случаев замедленно – консолидация наступает с большим запозданием, иногда до нескольких месяцев. Воспалительный процесс в кости часто приводит к возникновению ложного сустава, особенно при склерозировании прилегающих один к другому концов отломков костей.

Выводы: 1. Прогноз огнестрельных поражений костей в значительной степени зависит от рентгенодиагностики. 2. Огнестрельный остеомиелит в значительной степени отличается от гематогенного. 3. Рентгенологическое исследование является неотъемлемой частью постановки диагноза огнестрельного остеомиелита и правильного выбора дальнейшей терапии.

Литература:

1. Военно-полевая хирургия локальных войн и вооруженных конфликтов: Руководство для врачей / Под редакцией Е.К. Гуманенко, И.М. Самохвалова – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2011. – 672с.

2. Линденбратен, Л.Д. Очерки истории российской рентгенологии / Л.Д. Линденбратен. – М.: изд-во Видар, 1995. – 288с.

3. Военно-полевая хирургия: национальное руководство / Под редакцией И.Ю. Быкова, Н.А. Ефименко – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009. – 816 с.

4. Рейнберг, С.А. Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов / С.А. Рейнберг. – М.: изд-во Медицина, 1964. – 530с.

Драйгал И.М.

**46-Й ГВАРДЕЙСКИЙ ТАМАНСКИЙ ПОЛК ЛЕГКИХ
БОМБАНДИРОВЩИКОВ**

УО «Гродненский государственный университет им. Я. Купалы»

Военный факультет

Научный руководитель – старший преподаватель кафедры тылового обеспечения, подполковник Логинов И. Е.

В годы Великой Отечественной войны был такой необыкновенный полк – 46-й гвардейский Таманский, дважды орденоносный полк ночных бомбардировщиков, летавший на самолетах По-2. В этом полку мужчин не было. От техника до командира полка – одни только женщины. В основном девочки от 17 до 22 лет [1].

Июнь 1942 года был тяжёлым для Красной Армии. Немецкие войска развивали наступление на южном крыле советско-германского фронта. В это время командование 218-й ночной бомбардировочной авиадивизии вводило в бой 588-й ночной лёгкобомбардировочный авиаполк. Полк начал боевую