

способствовало эвакуация заключенных тюрем и исправительно-трудовых лагерей, перемещение военнопленных и репатриированных.

Установление карантинных, введение в армии противоэпидемических и дезинфекционных отрядов, широкое применение профилактических прививок, организация инфекционных подвижных госпиталей и противоэпидемических барьеров позволили не допустить серьезных эпидемических осложнений и к концу войны полностью ликвидировать холеру в Красной Армии.

Коцур Анастасия Викторовна, Снегурский Сергей Михайлович

РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА ОГНЕСТРЕЛЬНОГО АРТРИТА

*УО «Гродненский государственный медицинский университет» Кафедра
лучевой диагностики и лучевой терапии*

Научный руководитель – ст. преподаватель Губарь Л.М.

Актуальность. Огнестрельные повреждения суставов относятся к разряду частых ранений в современных войнах. Своевременность диагностики при огнестрельных и особенно проникающих ранениях суставов имеет принципиальное значение с точки зрения непосредственных и отдаленных результатов лечения. Активизация вооруженных конфликтов, террористических актов и др. аспектов современной действительности делает изучение рентгенодиагностики огнестрельных артритов актуальной проблемой медицины [1].

Цель: проанализировать особенности рентгенодиагностики огнестрельного артрита.

Методы: анализ научно-методической литературы по рентгенодиагностике огнестрельных поражений суставов, анализ рентгенограмм.

Результаты. В диагностике, помимо обычного местного обследования раненого, изучения направления входного и выходного отверстий, подвижности, болезненности при активных и пассивных движениях, совершенно необходимо

рентгенологическое исследование в разных проекциях [2]. Суставы верхних конечностей поражаются чаще нижних. Первое место по частоте занимает коленный сустав, затем плечевой, локтевой, голеностопный, лучезапястный и тазобедренный суставы. Ранения этих шести крупных суставов (наиболее тяжелые ранения тазобедренного и коленного) представляют большую опасность для жизни пострадавшего [4,с.159]. Ранения мелких суставов кистей имеют плохие последствия в функциональном отношении.

Огнестрельный артрит представляет собой воспалительный процесс, возникающий в результате огнестрельного ранения сустава. Рентгенологическая картина облегчает проведение операции и, несомненно, способствует улучшению результатов лечения [2]. Главная задача рентген- исследования в остром периоде ранения суставов сводится к установлению наличия или отсутствия перелома костей, принимающих участие в образовании сустава, стояния отломков, наличия инородных тел, определить тяжесть ранения, выбор метода лечения, исход [4,с.160].

В.С. Левит и В.С. Маят разработали классификацию ранений суставов на основании опыта работы в годы ВОВ 1941-1945 гг. По виду ранящего снаряда выделяют пулевые, осколочные, минно-взрывные повреждения и травмы в результате воздействия взрывной волны [3]. Большие трудности вызывает диагностика фрагментов пуль, осколков боеприпасов, вторичных осколков и инородных тел. В этих случаях необходимо многопроекционное рентген-исследование. По характеру ранения выделяют открытые, закрытые, сквозные, слепые, касательные, проникающие в сустав и не проникающие в сустав поражения [3].

Осложнение открытого проникающего ранения сустава инфекцией влечет за собой опасный воспалительный процесс - огнестрельный гнойный артрит. И здесь изменения имеют характер преимущественно деструктивный и воспалительно-гнойный, в крупных суставах обычно и гнойно-гнилостный, а в дальнейшем реактивный восстановительный. Рентген-симптоматика зависит главным образом от фазы патологического процесса. Клиническая картина вторичного воспалительно-

инфекционного осложнения ранения сустава в начальных стадиях заболевания выражена гораздо более богато, нежели рентгенологическая. Чем раньше по развитию и течению огнестрельного артрита подвергается сустав рентгенологическому контролю, тем больше расхождения между клиникой и рентгенологией, конечно, не в пользу рентгенологического метода, и наоборот. Это не значит, что в практической работе следует пренебрегать рентгенологическим контролем с самого начала инфекционного заболевания, ведь в каждом отдельном случае ценны не только положительные, но и отрицательные данные. Умелое использование отрицательных данных обогащает клинициста-хирурга. Если захвачены суставные концы больших трубчатых костей, то можно выявить патологические процессы в эпифизах. Особенностью здесь служит только то, что в эпифизарном губчатом веществе изменения выражаются рентгенологически не столь ярко, как в компактном веществе метафизов и диафизов. Кроме того, в эпифизах, по их краям, где имеется надкостница, последняя функционально мало активна, и поэтому периоститы при огнестрельных артритах несравненно более слабы, чем в области мета-диафизов.

Специфическими рентген-симптомами при поражениях суставов являются изменения суставной щели. Это ее количественные изменения (сужение и расширение), а также качественные нарушения (появление несоответствия во взаиморасположении суставной головки и впадины). Сужение суставной щели является серьезным патологическим симптомом, говорит об истончении покровного суставного хряща. На разрушение хрящевого покрова суставных поверхностей указывает также исчезновение подхрящевой костной каемки с обнажением губчатого переплета головки или впадины. Здесь под хрящом обычно развивается воспалительный субхондральный остеонекроз. Очаговые воспалительно-некротические разрушения в дальнейшем подрывают суставные поверхности, их контуры становятся изъеденными, появляются крупные краевые изъяны, меняется и форма суставной головки, суставной впадины. При тяжелых поражениях развивается деструктивный подвывих или полный патологический деструктивный вывих.

Расширение суставной щели наблюдается только при очень значительном разрушении сустава - его капсулы и связочного аппарата, и при резком растяжении суставной полости большим количеством гноя. Это так называемый патологический дистензионный подвывих или полный вывих.

Исходом огнестрельного артрита при успешном лечении является восстановление нормальных анатомофизиологических свойств сустава. При частичном разрушении хрящей неизбежен остеоартроз с некоторым ограничением функции сустава. В редких случаях, после ранения крупных суставов, в их окружности развиваются обширные реактивные обызвествления и окостенения типа оссифицирующего миозита, серьезно препятствующие подвижности сустава. Полная гибель хрящей влечет за собой при более или менее сохранившейся костной подстилке суставных поверхностей истинный костный анкилоз, а при глубоких костных разрушениях - образование болтающегося сустава. Рентгенолог устанавливает, является ли анкилоз фиброзным или костным [4]. Патогномоничным рентген-признаком костного анкилоза является прямой переход тени коркового слоя одной кости в корковый слой другой и такой же непрерывный переход губчатого рисунка с одного из эпифизов в губчатую структурную сеть другого эпифиза. Таким образом, исчезает подхрящевая костная каемка, закрывающая эпифиз со стороны сустава, и трабекулы противоположащих костей вступают в непосредственную связь. При костном анкилозе кости срастаются и получается одна длинная цилиндрическая кость с общим костномозговым каналом. При огнестрельном гнойном артрите, где хрящевая ткань претерпевает обширное разрушение, чаще всего и развивается костный анкилоз.

Выводы. Рентгенодиагностика остается одним из самых эффективных методов при выявлении количественной и качественной характеристики суставной травмы, вызванной огнестрельными ранениями. Наиболее ценное, что дают рентгенограммы, это определение наличия или отсутствия нарушения целостности костных элементов сустава - перелома эпифизов, суставной головки, суставной впадины, стояния отломков, наличия инородных тел, формирования анкилоза.

Литература

1. Муравицкий И.В. Причины, симптомы, виды и диагностика артрита [электронный ресурс] /И.В.Муравицкий. - Режим доступа: http://www.ayzdorov.ru/Chto_takoe_artrit.php. -дата доступа: 16.02.2016
2. Огнестрельные повреждения костей и суставов [электронный ресурс]-Режим доступа: <http://www.eurolab.ua/diseases/1408>-дата доступа: 16.02.2016
3. Огнестрельные ранения суставов [электронный ресурс]-Режим доступа: http://revolution.allbest.ru/medicine/00380112_0.html-дата доступа: 16.02.2016
4. Рейнберг, С.А. Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов Т.1/ С.А.Рейнберг. – М.: изд-во Медицина, 1964. – 530 с.

Кравченко Дмитрий Николаевич

ПОМНИТЬ - ЗНАЧИТ ЧТИТЬ.

*УО «Гродненский государственный университет имени Янки Купалы».
Кафедра теории и организации физической подготовки военнослужащих.
Научный руководитель - капитан, старший преподаватель Драпов О.А.*

Работая над темой статьи, я руководствовался актуальностью и значимостью темы. Молодое поколение начинает забывать события Великой Отечественной войны. Их героическими персонажами всё чаще становятся модели из компьютерных игр и фильмов, при этом забывая, что настоящие герои сражались на войне, за свободу и независимость своей Родины.

В предвоенные и военные годы в СССР занятиям физкультурой и спортом придавалось большое значение. Введенный постановлением Всесоюзного совета физической культуры 11 марта 1931 года комплекс ГТО (Готов к труду и обороне) стал фундаментом советской системы физического воспитания и имел своей целью способствовать укреплению здоровья и всестороннему физическому развитию советских людей, успешной их подготовке к трудовой деятельности и защите Родины. В процессе подготовки к сдаче нормативов комплекса молодежь овладевала разнообразными физическими, прикладными и военными упражнениями, запасалась необходимыми в трудовой и воинской жизни прикладными качествами, знаниями, навыками и умениями.