

3. Сеницын, В. Е. Временные согласительные методические рекомендации Российского общества рентгенологов и радиологов (РОРР) и Российской ассоциации специалистов ультразвуковой диагностики в медицине (РАСУДМ) «Методы лучевой диагностики пневмонии при новой коронавирусной инфекции COVID-19» (версия 2) // Вестник рентгенологии и радиологии. / В. Е. Сеницын [и др.] // 2020. – Т.101 (2). – С.72–89.

ASSESSMENT OF THE SEVERITY OF THE COURSE, AS WELL AS CLINICAL FEATURES OF CORONAVIRUS INFECTION IN CHILDREN OF THE FIRST YEAR OF LIFE

Manaeva A. E., Manaev N. I.

*Kursk State Medical University, Kursk, Russia
anna70201@gmail.com*

The article presents the results of a study on the course of coronavirus infection in children of the first year of life. The data were analyzed on the basis of the case histories of patients undergoing inpatient treatment at the N.A. Semashko OKIB in Kursk for the period September-November in 2022.

РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

Маркевич Я. З.

*Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь
markevichyana2005@mail.ru*

Введение. Активизация вооруженных конфликтов, в результате которых чаще травмируются лица трудоспособного возраста, делает рентгенодиагностику огнестрельных повреждений костей актуальной проблемой медицины.

Цель исследования: изучить рентгенологические особенности огнестрельных повреждений костей конечностей, сравнить с переломами мирного времени.

Материалы и методы. Анализ научно-методической литературы, рентгенограмм.

Результаты исследования. Боевые травмы конечностей в годы Великой Отечественной войны 1941-1945 гг. и в современных локальных войнах составляют 50-75% в структуре боевой хирургической травмы. Около 80% ранений приходится на верхние и нижние конечности, около 20% – череп, туловище. Частота ранений нижних конечностей почти в два раза превышает частоту ранений верхних конечностей. Огнестрельные ранения с переломами костей конечностей встречаются более чем в трети случаев огнестрельных ранений конечностей (38% в общей структуре ранений конечностей).

Огнестрельный перелом – результат воздействия на костную ткань огнестрельного ранящего снаряда (пуля, осколок, дробь, картечь), сопровождающийся нарушением целостности кости.

Особенности патологической анатомии огнестрельных переломов костей заключаются в неизбежном сочетании с повреждениями мягких тканей массивности и многооскольчатости поражения костного органа, инфицировании костных ран с развитием остеомиелита.

Морфология огнестрельных костных переломов разной локализации неодинакова. При повреждении диафизов трубчатых костей возникает так называемый взрыв кости, при котором вследствие раздробления, растрескивания ее множественные костные осколки рассеиваются в раневом канале и далеко за его пределами. Травма эпифизов длинных трубчатых костей вызывает их разрушение и образование крупных осколков. В более мелких эпифизах определяются дырчатые дефекты, сочетающиеся с растрескиванием губчатого вещества самих эпифизов и периферических отделов диафизов.

В распознавании костных повреждений и определении их особенностей решающее значение имеют лучевые методы исследования, такие как рентгенография. Задачи, стоящие перед врачом-рентгенологом: определение повреждения и его объема, оценка наличия отломков кости, их смещения относительно зоны перелома, выявление сторонних тел, определение их количества, соотношения к анатомическим структурам, диагностика огнестрельного остеомиелита, артрита, газовой инфекции.

Огнестрельные переломы костей имеют ряд значительных отличий от переломов мирного времени. Переломы мирного времени: типичные переломы в классических местах скелета, с характерным смещением отломков, это более или менее «трафаретные» рентгенологические картины. Огнестрельный перелом характеризуется наличием костно-мышечной огнестрельной раны и имеет 2 отверстия: входное, выходное (при сквозном характере ранения) и раневой канал. При огнестрельных переломах: никогда одна рентгенограмма не копирует другой; не существует типичных мест в скелете – любая точка костной системы может быть повреждена огнестрельным снарядом. Смещения отломков всегда различны и обусловлены как мышечной тягой и локализацией перелома, так и обстоятельствами ранения (направлением полета пули или осколка, величиной последнего, обстоятельствами ранения, падения раненого).

Особенности рентгенологической картины в каждом случае огнестрельного повреждения костей зависят от многих баллистических условий: от расстояния, с которого произведен выстрел; от характера (формы, калибра и т. д.) снаряда и от свойств металла; от скорости его полета во время ранения и от угла удара; от самой кости – места ее поражения, структуры, толщины, формы, глубины залегания и от свойств окружающих мягких тканей. Некоторые рентген-признаки настолько точно соответствуют определенным условиям ранения, что на основании анализа рентгенограммы можно и без знания анамнеза и клинических данных сделать ценнейшие выводы об обстоятельствах ранения. Рентгенологически огнестрельные переломы

характеризуются значительными разрушениями кости, большим количеством отломков, а также наличием в ряде случаев металлических осколков. Огнестрельные переломы больших трубчатых костей имеют вид «крыльев бабочки» или звездообразный вид, а для губчатого вещества характерен «дырчатый» перелом. Иногда разрушение кости имеет цилиндрический ход, от которого в виде радиуса идет то или иное число трещин. Чем больше расстояние выстрела, тем больших размеров достигают отдельные осколки, у молодых бойцов кости дробятся меньше, чем у пожилых людей.

Нередко огнестрельные переломы костей сочетаются с наличием инородных тел, которые на рентгенограммах расположены в кости и вызывают видимые рентгенологически реактивные изменения со стороны костного вещества.

Огнестрельные переломы чаще открытые, течение и исход зависит от присоединения остеомиелита, который распознается рентгенологически раньше, чем клинически.

Однако имеет место сходство: огнестрельные неинфицированные переломы заживают абсолютно так же, как и обычные бытовые открытые переломы. Костные отломки около перелома приставляются один к одному, постепенно начинается процесс консолидации, острые края отломков сглаживаются, округляются.

Выводы. Рентгенологическое исследование – неотъемлемая составная часть общеклинического исследования раненого. Огнестрельные переломы костей конечностей имеют присущую только им рентгенологическую картину и значимо отличаются от переломов мирного времени.

Литература

1. «Военно-полевая хирургия», Учебник / Под ред. проф. Е. К. Гуманенко. – СПб «Издательство Фолиант», 2004. – 464 с.
2. Медицинская радиология (основы лучевой диагностики и лучевой терапии) / Л. Д. Линденбрантен, П. П. Королюк. – М.: Медицина, 2000. – 672 с.
3. Рентгенология в травматологии и ортопедии: Избранные разделы: учебное пособие / Р. П. Матвеев, С. В. Брагина. – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2018. – 151 с.
4. Илясова, Е. Б. Лучевая диагностика [Электронный ресурс]: учебное пособие / Е. Б. Илясова, М. Л. Чехонацкая, В. Н. Приезжева – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 280с.
5. Рейнберг, С. А. Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов. – Т. 1, 2. – М.: Медицина, 1964. – 1104 с.

X-RAY DIAGNOSIS OF GUNSHOT FRACTURES LIMB BONES

Markevich Y. Z.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

markevichyana2005@mail.ru

The intensification of armed conflicts, terrorist acts, and traumatization of young people more often makes the study of X-ray diagnostics of gunshot bone lesions an urgent medical problem. The prognosis of gunshot bone injuries largely depends on X-ray diagnostics.

ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19: КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ АСПЕКТЫ

Маркова А. В., Левина Ю. Д., Чепелев С. Н.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

markova.alina029@gmail.com

Введение. Острый коронарный синдром (ОКС) – самый опасный вариант клинического течения ишемической болезни сердца (ИБС). Этиология ОКС у пациентов с SARS-CoV-2 до конца не изучена. Некоторые ученые придерживаются мнения о прямом повреждающем влиянии инфекции COVID-19 на миокард, а другие указывают на возможную схему проникновения и репликации вируса в миокарде посредством ангиотензинпревращающего фермента II [1]. В научной литературе имеются данные о том, что среди пациентов с инфекцией COVID-19, особенно тех, кому требуется госпитализация, были выявлены лабораторные данные, показывающие низкое количество лимфоцитов, повышение уровня сердечного тропонина, интерлейкинов и прокоагулянтных факторов (увеличение протромбинового времени и высокий уровень D-димера), что еще больше подтверждает связь между инфекцией COVID-19 и ОКС [2]. Таким образом, имеется необходимость изучения связи между инфекцией COVID-19 и ОКС. Понимание этой связи будет способствовать проведению дальнейших исследований, а также разработке способов коррекции ОКС у пациентов с инфекцией COVID-19.

Цель исследования: проанализировать клинико-лабораторные показатели пациентов с инфекцией COVID-19, осложненной ОКС.

Материалы и методы. Проведен анализ 787 медицинских карт пациентов, находившихся на стационарном лечении в УЗ «4-я городская клиническая больница имени Н. Е. Савченко» (г. Минск, Республика Беларусь) в период с мая 2020 г. по апрель 2022 г. с инфекцией COVID-19, в т. ч. осложненной ОКС (инфаркт миокарда).