

дис. ... д-ра мед. наук / Е.Ф. Кира. – СПб., 1995. – 44 с.

2. Муравьева, В.В. Особенности микроэкологии влагалища при бактериальном вагинозе и вагинальном кандидозе / В.В. Муравьева, А.С. Анкирская // Акуш. и гинекол. – 1996. – № 6. – С. 27–30.
3. Сергеев, А.Ю. Кандидоз. Природа инфекции, механизмы агрессии и защиты, лабораторная диагностика, клиника и лечение / А.Ю. Сергеев, Ю.В. Сергеев. – М., 2001. – 472 с.

ЗНАЧЕНИЕ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКИ ОГНЕСТРЕЛЬНОГО ОСТЕОМИЕЛИТА

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
**Дарахвелидзе В. В., Зинюк В.А., студенты 4 курса медико-
диагностического факультета**

Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии

Научный руководитель – старший преподаватель Губарь Л.М.

Активизация в последнее время вооруженных конфликтов, террористических актов, рост числа огнестрельных открытых переломов, осложненных инфекцией, делает изучение рентгенодиагностики огнестрельного остеомиелита 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]. В настоящее время частота гнойных осложнений не имеет тенденции к снижению [3], что связано с повышением поражающих свойств современного стрелкового оружия и боеприпасов взрывного действия.

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. Гематогенный остеомиелит возникает после перенесённой инфекции (тонзиллит, отит, панариций и др.), вызванной или стафилококками, или стрептококками, протеем и др. Но для огнестрельного остеомиелита характерна смешанная инфекция с немалым участием анаэробной.

Гематогенный остеомиелит клинически проявляется в первые дни заболевания, огнестрельный начинается через 2-3 недели после ранения (боли,

отечность мягких тканей, общая интоксикация) и при нем не наблюдается таких бурных клинических проявлений, как при гематогенном, что объясняется свободным оттоком гноя через раневое отверстие.

Огнестрельный остеомиелит начинается как местный ограниченный процесс, что противоположно гематогенному, локализация его может быть в любом месте скелета, в противовес гематогенному он не любит излюбленных мест поражения. Часто поражаются эпифизарные концы костей, где гематогенный не наблюдается.

При огнестрельном остеомиелите изменения рентгенологически определяются через 2-3 недели после травмы, т.е. одновременно с клиникой. Гематогенный остеомиелит рентгенологически проявляется на 10-14-й день после клинического начала, гораздо позже клиники. Рохлин на основании рентген-симптомов установил фазы процесса: 1)острую, 2)затихания, 3)хроническую, 4)обострения. Остеонекротические и остеолитические изменения – основные симптомы острого огнестрельного остеомиелита, которые все время прогрессируют, наряду с которыми появляются изменения и со стороны надкостницы – ее отслойка-периостит. В участках остеолитических просветлений (полостях) кости определяются более плотные тени – секвестры (остеонекроз – «мертвая кость»), склеротические изменения отсутствуют. В фазе затихания стабилизируются остеонекротические и остеолитические процессы, появляются склеротические изменения тени костной мозоли, уплотняются периостальные наслоения. Хроническая фаза характеризуется нарастанием склеротических изменений образованием полостей с секвестрами. Фаза обострения – рецидив остеомиелитического процесса характеризуется появлением некротических и остеолитических изменений и периостальных наслоений. Хроническое течение остеомиелита часто поддерживается наличием секвестров и инородных тел – металлических осколков, пуль, кусочков дерева, одежды, камня, которые приводят к образованию свищей. Секвестры и инородные тела малой плотности нелегко распознаются при обычном рентгенологическом исследовании – рентгенографии. Для обнаружения хода свища, невидимых секвестров и некоторых инородных тел применяется контрастное исследование – фистулография, чрезвычайно ценный метод, определяющий причину хронического течения гнойного процесса в кости. Срастания костей при огнестрельном остеомиелите протекают замедленно – консолидация наступает с большим запозданием, часто приводит к возникновению ложного сустава.

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. - 816с.
4. Рейнберг, С.А. Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов / С.А. Рейнберг. – М.: изд-во Медицина, 1964. – 530с.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КОММУНИКАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА-МЕДИКА

ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет»

Денисенко А.И., студентка 2 курса лечебного факультета

Кафедра русского языка и культуры речи

Научный руководитель – канд. пед. наук, старший преподаватель

Дмитриева Д.Д.

Профессиональная сфера является основополагающей в деятельности человека. Известно, что залог успешной профессиональной деятельности специалиста-медика заключается в наличии не только необходимых знаний, но и умений профессиональной коммуникации, направленной на непосредственную коммуникацию с пациентом во время оказания профессиональной медицинской помощи. Таким образом, профессиональная коммуникация врача является актуальной проблемой современной медицины. Применение эффективных технологий в сфере медицинского обслуживания, использование новейшей техники – все это требует учета личностных факторов как в процессе подготовки студентов в вузе, так и на протяжении всего профессионального пути врача.

Становление настоящего врача – это, прежде всего, формирование его как личности и лишь потом как умелого работника. Личностный подход определяет гуманизацию отношений. Свое начало гуманизация берет в вузе. Здесь зарождается врачебная этика, ценностные ориентации будущего врача приобретают свою устойчивость. Таким образом, в процессе обучения в медицинском университете студенты должны приобретать и развивать не только профессиональные знания, умения и навыки, но и личностные качества, необходимые высококвалифицированному специалисту-медику.

Проблема недостаточного владения коммуникативными умениями и навыками имеет место не только среди студентов-медиков, но касается также врачей. Выпускники медицинских вузов нередко испытывают трудности при общении с пациентами, особенно в начале своей трудовой деятельности. Итак,