

свыше 6000 человек, летальность составляла 12%. Служащих морского ведомства обслуживали портовый лазарет на 50 мест, лазарет Квантунского флотского экипажа на 200 мест и недостроенный морской госпиталь, доведенный до 600 мест. За время осады в нем лечилось около 1800 человек, летальность (при большом числе тяжелораненых) доходила до 11,91%.

В Порт-Артуре находились также три плавучих лечебных заведения - военно-госпитальные суда «Казань», «Ангара» и госпитальное судно «Монголия». На «Казани» имелось 300 мест для больных, но, кроме 1177 больных, она приняла еще 180 раненых. Умерло 26 больных, главным образом от дизентерии. «Ангара» предназначалась для приема раненых. Всего было принято 350 человек, из них 267 раненых, умерли трое.

«Монголия» имела лазарет на 200 мест, операционную, три перевязочные и рентген-кабинет (в береговых лечебных заведениях Порт-Артурского флота рентгеновских аппаратов не было). Это судно выходило в море один-единственный раз — 28 июля 1904 г. во время второй неудачной попытки прорыва порт-артурской эскадры во Владивосток, но вернулось в порт. Всего «Монголия» приняла 921 пациента, в т. ч. 720 раненых, умерло 146 человек (15,85%).

Согласно ст. 775 Свода военных постановлений, во время войны при каждой пехотной дивизии учреждались 8 полевых госпиталей — 4 подвижных и 4 запасных. По нормам военного времени крепостные госпитали должны были иметь «на каждые восемь человек гарнизона одно место для больного».

Огромную роль в помощи раненым и больным оказало общество Красного Креста, а также героизм и самопожертвование русских медиков. Медицинскую помощь раненым и больным в Порт-Артуре оказывал большой отряд врачей и фельдшеров. Им помогали 16 студентов выпускных курсов Военно-медицинской академии и медицинского факультета Московского университета, а также персонал Св. Георгия, Кронштадтской и Касперовской общин Красного Креста.

За весь период войны умерло от ран: русских — 3,7 на 100 раненых; японцев — 6,6 на 100 раненых. Подверглись лечению: русских — 358400, японцев — 314000. Умерло от болезней: русских — 9300 — 2,6% от общего числа больных; японцев — 27200 — 8,1% от общего числа больных. У русских — 1 умерший от болезней на 3,6 убитых и умерших от ран; у японцев — 1 умерший от болезней на 2,2 убитых и умерших от ран 11.

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют хорошей и оперативной организации медицинской службы во время русско-японской войны 1904–1905 гг.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ ЦЕНТРЕ

Епифанов М.И., Еременко М.Ю.

Гродненский государственный медицинский университет

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель — д.м.н., проф. Дубровицк О.И.

Лечение гастродуоденальных язв, осложненных кровотечением, является одной из наиболее сложных проблем экстренной хирургической гастроэнтерологии. В последние годы появились новые неожиданные факты, подтверждающие актуальную проблему оказания экстренной помощи и лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений (ГДК). Частота язвенных ГДК в Республике Беларусь увеличилась за последние 10 лет на 43%, произошел патоморфоз язвенной болезни, она протекает тяжело, упорно и более склонна к осложнению кровотечением (А.В. Шотт и соавт.,

2003). С целью улучшения диагностики, оказания экстренной помощи, совершенствования и оптимизации методов лечения больных с язвенными ГДК, предпринято настоящее исследование. На базе УЗ «Городская клиническая больница №4 г.Гродно» проведен анализ 1099 историй болезни больных с данной патологией и обобщен результат диагностики и лечения язвенных кровотечений в зависимости от тяжести состояния.

Материал и методы. В специализированный городской центр ГДК с мая 2002 по 2007гг. госпитализировано 1099 больных с язвенными ГДК. По экстренным показаниям доставлены машиной скорой помощи 698 (63,5%), из других больниц – 124 (11,3%), обратились сами 66 (6,0%), из поликлиник города 151 (14,9%), из района 31 (2,8%) и прочие направления 29 (2,6%). Мужчин было госпитализировано 810 (73,7%), женщин – 289 (26,3%). В возрасте до 25 лет поступило – 121 (11,0%), 26-39 лет – 136 (12,4%), 40-59 лет – 465 (42,3%) и старше 60 лет – 377 (34,3%). В реанимационное отделение госпитализировано 243 (22,1%) больных, в хирургическое отделение 856 (77,9%).

В сроки до 6 часов от начала кровотечения госпитализировано 434 (39,5%) больных, от 7 до 24 часов – 278 (25,3%) и после 24 часов – 387 (35,2%).

Результаты и обсуждение. Всем пациентам при поступлении в приемный покой выполняется эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС). Состоявшееся кровотечение диагностировано у 604 (54,9%) больных, продолжающееся на момент осмотра у 495 (45,0%). При продолжающемся кровотечении устанавливается источник кровотечения, предпринимаются соответствующие методы эндостазы и другие лечебные мероприятия для достижения временной или окончательной остановки кровотечения. Параллельно проводятся лабораторное исследование крови, и необходимые инструментальные и аппаратные методы обследования. Лечебная тактика включает эндоскопический гемостаз, выполняемый всем больным с продолжающимся кровотечением, нередко комбинацией методик эндостазы до достижения стабильного гемостаза. Метод и техника проведения эндостазы избирается в зависимости от определения кровотечения по Forrest.

Всего эндостаз проведен у 859 (78,2%). При нестабильном гемостазе или рецидиве кровотечения предпринимается попытка повторного эндостазы в ближайшие часы. Повторный эндостаз выполнен у 217 (25,3%). Продолжающееся интенсивное кровотечение у больных с тяжелой степенью кровопотери является абсолютным показанием к экстренной операции. Оперативному лечению на высоте кровотечения подвергнуто 12 (1,1%) больных, летальных исходов не было.

Выводы. Следует заключить – лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений в условиях специализированного центра позволяет накопить и обобщить опыт, а также оптимизировать и совершенствовать лечение больных данного профиля.

ИДЕНТИФИКАЦИОННАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ИЗОБРАЖЕНИЙ НЕКОТОРЫХ АНАТОМИЧЕСКИХ ОБРАЗОВАНИЙ НА ПРОФИЛЬНЫХ ЭЛЕКТРОРЕНТГЕНОГРАММАХ ГОЛОВЫ

Епихин А.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Курс судебной медицины

Научный руководитель – к.м.н., доцент Анин Э.А.

С целью облегчения поиска и сравнительных исследований электрорентгенограмм профиля головы человека, была определена частота