

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 эндогемостаза 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 эндогемостаза до достижения стабильного гемостаза. Метод и техника проведения эндогемостаза избирается в зависимости от определения кровотечения по Forrest.

Всего эндогемостаз проведен у 859 (78,2%). При нестабильном гемостазе или рецидиве кровотечения предпринимается попытка повторного эндогемостаза в ближайшие часы. Повторный эндогемостаз 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

встречаемости выделяемых в рентгенологии и остеологии вариантов некоторых анатомических образований головы человека.

Было изучено 160 электрорентгенограмм головы людей европеоидной расы в возрасте от 18 до 30 лет (по 80 мужчин и женщин).

По высоте изображения черепа можно подразделить на высокие (гипсикранные), с показателем больше 75%; средневысокие (ортокранные), с показателем от 70 до 74,9%; низкие (хамекранные), с показателем от 70 до 74,9%. Для получения показателя высоты величину высотного диаметра умножают на 100 и делят на величину продольного диаметра. Реже всего встречались низкие у мужчин 2/80, у женщин 4/80, высокие по 24/80 и средневысокие, соответственно, 44/80 и 42/80.

По пневматизации пазухи лобной можно подразделить на 4 степени; 1) хорошая; 2) умеренная; 3) слабая; 4) пневматизация полностью отсутствует. Хорошая пневматизация встречалась у мужчин 28/80, у женщин 26/80 и 26/80, соответственно, отсутствовала 30/80 и 28/80.

В зависимости от соотношения между сагиттальным (профильным) и вертикальным размером турецкого седла, различают: 1) плоское – преобладает продольный размер (частота встречаемости 34/80 и 50/80); 2) круглое – продольный размер равен вертикальному (частота 22/80 и 32/80); 3) глубокое – преобладает вертикальный размер (24/80 и 22/80).

По высоте спинки турецкого седла в сравнении с его бугорком, могут быть следующие варианты: 1) минус вариант – низкая спинка (22/80; 20/80); 2) нулевой вариант – средняя (14/40; 15/40); 3) плюс вариант – высокая (30/80 и 30/80).

По пневматизации пазухи основной кости можно выделить: 1) отсутствие пневматизации (1/80; 2/80); 2) пневматизации передней трети (14/80; 4/80); 3) пневматизация до уровня середины дна турецкого седла (48/80; 24/80); 4) пневматизация до уровня задней стенки турецкого седла (28/80; 38/80); 5) пневматизация всей пазухи и спинки турецкого седла (20/80; 12/80).

Различают следующие виды прикуса: 1) прогнатия (т.е. перекрывания верхними резцами коронок нижних более чем на 1/3 величины коронки (54/80 и 62/80); 2) ортогнатия (перекрывания верхними резцами коронок нижних до 1/3 величины коронки (20/80 и 16/80); 3) ортогения или прямой прикус (верхний ряд передних зубов своим режущим краем касается режущего края нижних зубов (4/80; 2/80); 4) прогения – выступание вперед нижней челюсти (2/80 и 24/80).

По выраженности наружного затылочного бугра: 1) хорошо выражен (28/80 и 22/80), 2) умеренно выражен (22/80 и 34/80), 3) не выражен (30/80 и 24/80).

Расчеты показывают, что вероятность встречи электрорентгенограмм одинаковых по всем избранным нами признакам, с учетом деления на мужские и женские, составляют около 1 на 18000, что вполне достаточно для использования указанных вариантов изображения избранных анатомических образований для сравнительных исследований и поиска профильных рентгенограмм.