

основой здорового питания 65,9%. Хотя почти $\frac{3}{4}$ респондентов и связывает проблему лишнего веса с употреблением «быстрой еды», их отношение к его распространению и доступности распределилось примерно равномерно: сторонников 56,8% и 43,2% противников. По популярности выбора на первом месте у всех чипсы (94,5%), хотя все респонденты назвали их самым вредным продуктом. Далее следуют: курица–гриль и картошка-фри – 75,9%, гамбургеры – 68,9%, хот-доги – 52,1%, пицца – 48,9%, а из напитков – кока-кола – 88,0%. Зная о вреде «быстрой еды» 66,4% готовы полностью отказаться от этой пищи, однако, даже разбогатев, 23,7% респондентов не отказались бы от «быстрой еды».

Выводы. Таким образом, полученные результаты позволяют заключить, что питание большинства респондентов является нерациональным, в повседневной жизни молодежи присутствует ряд факторов риска, связанных с недостаточным потреблением полезных продуктов питания.

Литература

1. Третьякова, Т.Ю. Чем опасен фаст фуд? / Т.Ю. Третьякова // Wellnessgid [Электронный ресурс]. – 2017. – Режим доступа: <http://wellnessgid.com/vrednaya-eda/chem-opasen-fast-fud/> – Дата доступа: 19.01.2018.
2. Манеров, В.А. Почему так вреден фаст-фуд? Вся правда. И как с этим бороться? / В.А. Манеров // Protvoysport [Электронный ресурс]. – 2017. – Режим доступа: <https://protvoysport.ru/vreden-fast-fud/> – Дата доступа: 19.01.2018.

ЗНАЧЕНИЕ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СУСТАВОВ

Волчек Е.В., Панасик К.А.

студенты 3 курса лечебного факультета

Научный руководитель – старший преподаватель Губарь Л.М.

Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Открытие Рентгеном в 1895 г. X-лучей и его первый снимок кисти определил блестящую судьбу рентгеновских лучей в военной медицине по сей день. Огнестрельные повреждения

суставов относятся к разряду частых и тяжелых ранений в современных войнах. Активизация вооруженных конфликтов, террористических актов, совершенствование различного огнестрельного оружия делает изучение рентгенодиагностики огнестрельных повреждений суставов актуальной проблемой медицины [1].

Цель. Проанализировать особенности рентгенодиагностики огнестрельных повреждений суставов.

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

Результаты и их обсуждение. Во время интенсивных боев увеличивается количество раненых вообще и с повреждениями суставов в частности. 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 [3]. Ранения мелких суставов кистей имеют плохие последствия в функциональном отношении. Естественно, что рентген-исследованию подвергаются чаще всего раненые с более тяжелыми повреждениями, в том числе суставов, в первую очередь с проникающими ранениями, при подозрении на внутрисуставной перелом или наличие инородного тела в суставе. Непроникающие ранения суставов составляют около 25,0%, проникающие 75,0%. В диагностике, помимо местного обследования раненого, изучения направления входного и выходного отверстий, подвижности, болезненности при активных и пассивных движениях, совершенно необходимо рентген-исследование в разных проекциях [2]. Ошибки при распознавании, как нарушений целостности костей, так и осложнений гнойным артритом огнестрельных повреждений крупных суставов сравнительно редки. Основным источником ошибок является нарушение методики исследования. В подавляющем большинстве случаев причиной диагностических ошибок является производство рентгенографии только в одной проекции. Кроме того, ошибки допускаются в отношении проникающих в сустав переломов, если для снимков используются столь малыми пленками, что не захватываются целиком области обеих сочленяющихся костей. Нередко причиной ошибки является производство снимков в гипсовой повязке, что не дает

возможности правильно анализировать структурные изменения костной ткани из-за суммационного наложения гипса на кость.

В.С. Левит и В.С. Маят разработали классификацию ранений суставов на основании опыта работы в годы ВОВ 1941–1945 гг. По характеру ранения выделяют открытые, закрытые, сквозные, слепые, касательные, проникающие в сустав и не проникающие в сустав поражения. По виду ранящего снаряда выделяют пулевые, осколочные, минно-взрывные повреждения и травмы в результате воздействия взрывной волны [4]. Большие трудности вызывает диагностика фрагментов пуль, осколков боеприпасов, вторичных осколков и инородных тел. Главная задача рентген-исследования 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]. Уже из опыта I мировой войны было известно, что сустав может вовлекаться не только при проникающих ранениях, когда снаряд проходит через капсулу в суставную щель и часто повреждает кость, но и при непроникающих, когда снаряд проходит только через мягкие ткани или даже на далеком расстоянии от сустава. Ранящий снаряд может пройти через весь сустав или застрять в нем, поврежденными могут оказаться одна синовиальная оболочка, эпифизы костей и метафизы.

Осложнение открытого проникающего ранения сустава инфекцией влечет за собой опасный воспалительный процесс – огнестрельный гнойный артрит. Рентген-симптоматика зависит 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 рентген-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 рентген-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. 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.

Большое значение рентген-исследование приобрело при изучении заживления и последствий огнестрельных повреждений суставов, осложненных инфекцией. Исходом огнестрельного артрита при успешном лечении является восстановление нормальных анатомо-физиологических 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. Патогномоничным рентгенологическим 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.

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: 16.02.2018.
2. Огнестрельные повреждения костей и суставов [электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.eurolab.ua/diseases/1408> – Дата доступа: 16.02.2018.
3. Огнестрельные ранения суставов [электронный ресурс] – Режим доступа: http://revolution.allbest.ru/medicine/00380112_0.html – Дата доступа: 16.02.2018.
4. Рейнберг, С.А. Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов Т. 1 / С.А. Рейнберг. – М. : изд-во Медицина, 1964. – 530 с.

ОЦЕНКИ РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА КОЖИ У СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОЙ РАДИАЦИОННО-ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ ОБСТАНОВКИ

Гаманчук Е.С., Цепкевич А.Ю.

студенты 2 курса, лечебного факультета

Научный руководитель – доцент, к.б.н. Зиматкина Т. И.

Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Рак кожи занимает одно из лидирующих мест в структуре онкологических заболеваний мужского и женского населения в Республике Беларусь, Российской Федерации, а также в странах Западной Европы. В настоящее время рост заболеваемости