

студенты, которые придерживаются режима дня, имеют в среднем до пяти часов свободного времени в выходные дни и 1 час свободного времени в будние дни, которые они могут посвятить общению друг с другом, чтению, походам в кино, занятию спортом. Строгое следование заданному распорядку дня сохранит необходимый баланс интересов: студенту не придется больше перебарщивать с «зубрежкой», да и спать прямо на занятиях он тоже не станет. Мы считаем, что одной из причин увеличения количества голубей среди студентов связано с тем, что им нужно уметь приспособить свой индивидуальный режим к общепринятому в высшем учебном заведении, а это не всегда легко.

Литература

1. Биологические ритмы / под ред. Ю. Ашоффа: В 2 т. – М.: Мир, 1984. Т. 1. – С. 5-406; Т. 2. С. 5–260.
2. Хронобиология и хрономедицина / под ред. Ф.И. Комарова. – М.: Медицина, 1989. – 401 с.
3. Следуем биоритмам. Ритмы часа рождения: «жаворонки», «голуби» и «совы» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://nbazanovainfo.narod.ru/info_cherepaha_bioritmi.htm, свободный. – Дата доступа : 25.02.2018.

НЕОБХОДИМОСТЬ ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ НЕОТЛОЖ- НЫХ СОСТОЯНИЙ

Кухарчик И.В., Макушенко К.С.

студенты 3 курса лечебного факультета

Научный руководитель – ст. преподаватель Губарь Л.М.

Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Обзорная рентгенография органов брюшной полости (ОРБП) остается исследованием «первого ряда» при болях в животе [1], помимо УЗИ [2]. Каждый врач должен знать лучевую диагностику основных острых заболеваний и повреждений органов брюшной полости для выявления прежде всего пневмоперитонеума,

гнойников брюшной полости, камней в мочеточниках при почечной колике, инородных тел и кишечной непроходимости [3], т.к. своевременная диагностика способствует правильному выбору тактики лечения и влияет на исход заболевания [4], что обуславливает актуальность темы.

Цель. Выяснить значение обзорной рентгенографии брюшной полости в диагностике неотложных состояний.

Методы исследования. Анализ научно-методической литературы по теме «Неотложные состояния брюшной полости», отчетов о выполненных исследованиях УЗ «ГОКБ»; изучение рентгенограмм.

Результаты и их обсуждения. ОРБП назначается в случае жалоб на сильные боли в животе. Такие боли могут быть симптомом различных заболеваний и повреждений. Впервые произведена в 1896 г., через 1 год после открытия рентгеновских лучей. При анализе отчетов о выполненных исследованиях УЗ «ГОКБ» получены данные: в 2016 г. всего исследований органов брюшной полости 4787, из них ОРБП 1897; в 2017 г. всего исследований органов брюшной полости 4103, из них ОРБП 1692. При анализе ОРБП оцениваются поддиафрагмальные отделы на наличие или отсутствие свободного газа в брюшной полости, печень, её структура и размеры, контуры почек и пояснично-подвздошных мышц, распределение воздуха в просвете кишечника, ширину просвета и структуру кишки (керкринговы складки в тонкой кишке и гаустры в толстой позволяют их дифференцировать), наличие или отсутствие кальцинатов. При обнаружении кальцинатов определяется их локализация: в стенке сосудов, в паренхиматозных органах (конкременты в почках, обызвествление фибромиомы матки, обызвествления при хр. панкреатите), в полых органах (конкременты в желчном пузыре), обызвествления лимфатических узлов.

Пневмоперитонеум. В норме в брюшной полости газа нет. Свободный газ в брюшной полости чаще всего возникает вследствие перфорации язвы желудка, распадающейся раковой опухоли, прободения полого органа брюшной полости вследствие травмы. Первичным и основным методом лучевого исследования при подозрении на пневмоперитонеум является обзорная рентгенография брюшной полости без введения контраста, по возможности в вертикальном или полувертикальном положении больного. Рентгенологические признаки пневмоперитонеума: скопление газа в

брюшной полости. Газ стремится занять самое высокое положение, скапливается под правым или обеими куполами диафрагмы. Рентгенологически будет выявляться серповидная полоска просветления под диафрагмой. Лучше это просветление видно между правым куполом диафрагмы и диафрагмальной поверхностью печени, хуже его видно под левым куполом за счёт того, что здесь наслаивается воздух в области селезёночного угла толстой кишки и газовый пузырь желудка.

Гнойники брюшной полости. Абсцессы могут образовываться как следствие разлитого перитонита (остаточный гнойник), так и при первично ограниченном процессе. При разлитом перитоните абсцессы обычно развиваются в области малого таза, в поддиафрагмальных пространствах, околопочечной области и т. д. При ограниченном перитоните абсцесс может развиваться сразу локализованно, на почве повреждения или заболевания органа, чаще связаны с осложнениями: послеоперационными (наиболее частой причиной являются операции на желудке и двенадцатиперстной кишке или же перфорация); посттравматическими; нагноением объёмных образований (органных и внеорганных — кист и опухолей). Основные рентген-симптомы гнойников брюшной полости: патологические уровни, которые отличаются от подобного признака кишечной непроходимости отсутствием над ними раздутой воздухом кишки. Уровни могут быть одиночными и множественными с характерной локализацией под диафрагмой, печенью, между петлями кишок, вблизи наложенных во время операции анастомозов (желудочно-кишечных, кишечно-кишечных и др.).

ОРБП нередко применяется для обнаружения инородных тел (ИТ) ЖКТ, особенно у детей, которые любят глотать иголки, монеты, мелкие игрушки в прямой и в боковой проекциях (чтобы избежать наслоения позвоночника) с динамическим контролем продвижения рентгеноконтрастных инородных тел по ЖКТ вплоть до выхода их естественным путём. При слепых ранениях живота очень важно установить местонахождение инородного тела. При этом существенное значение для практики имеет решение вопроса о внутри- или внебрюшинной локализации. Определить локализацию инородного тела при травмах живота помогает изучение его подвижности. Для этого делают несколько снимков в разные фазы дыхания. Сопоставление направления смещения метки и

инородного тела позволяет установить его локализацию. Если инородное тело во время вдоха и выдоха остается неподвижным, то оно находится в забрюшинной полости [5]. Осложнениями ИТ могут быть: перфорация стенки с выходом ИТ (например, иглы или др.) в свободную брюшную полость; воспалительный процесс в стенке органа с переходом на окружающие ткани с формированием воспалительного инфильтрата, который может оказывать на орган давление извне, в нём могут определяться пузырьки воздуха или уровень жидкости.

Рентген-обследование пациента с подозрением на камни в МВС начинают с ОРБП, что дает возможность выявить рентгеноконтрастные камни (оксалаты, фосфаты и особенно карбонаты) почек, мочеточников, мочевого пузыря, предстательной железы, уретры. Ураты, ксантиновые, цистиновые камни не видны. Камнеподобные затенения могут быть обусловлены: обызвествленными участками вен – флеболитами, реберными хрящами и л/узлами. Ошибочно могут быть приняты за камни инкрустированные солями очаги творожистого распада при туберкулезе почек или обызвествленные участки новообразований.

Острая кишечная непроходимость. По механизму развития различают механическую и динамическую. Динамическая, или функциональная, возникает рефлекторно при различных патологических процессах в брюшной полости, забрюшинном пространстве, грудной полости. Механическая непроходимость кишечника возникает вследствие сужения просвета кишки органического характера (на почве опухолей, рубцовых изменений кишечной стенки, спаечного процесса в брюшной полости, инвагинации). Механическая непроходимость кишечника подразделяется на непроходимость тонкой и толстой кишок. Чаши Клойбера – основной симптом механической непроходимости – горизонтальные уровни жидкости с куполообразным просветлением (газом) над ними, имеющие вид перевернутой вверх дном чаши. Если ширина уровня жидкости превышает высоту газового пузыря, то, скорее всего, он локализован в тонкой кишке. Дистальнее места обструкции петли кишки находятся в спавшемся состоянии и не содержат газа и жидкости. Этот признак позволяет отличить механическую непроходимость кишечника от динамической (воздух везде).

Выводы. Несмотря на появление новых методов лучевой диагностики, таких как УЗИ, МРТ, МСКТ, значение обзорной рентгенографии брюшной полости остается начальным и самым важным в алгоритме исследований при перфорации полых органов, почечной колике, гнойников брюшной полости, инородных телах, кишечной непроходимости, что помогает в своевременном лечении.

Литература

1. Кац, Д.С. Секреты рентгенологии / Д.С. Кац, К.Р. Мас, С.А. Гроскин. – М. – СПб : Изд-во БИНОМ – Изд-во Диалект, 2003. – 704 с.
2. Михайлов, А.Н. Справочник врача-рентгенолога и рентгенолаборанта / А.Н. Михайлов. – Мн. : Изд-во Харвест, 2006. – 749 с.
3. Овчинников, В.А. Основы лучевой диагностики: пособие для студентов учреждений высшего образования / В.А. Овчинников, Л.М. Губарь. – Гродно : ГрГМУ, 2016. – 408с.
4. Остман, Й.В. Основы лучевой диагностики. От изображения к диагнозу: пер. с англ. / Й.В. Остманн, К. Уальд, Дж. Кроссин. – М. : Мед. лит., 2012. – 368 с.
5. Руководство по онкологии. В 2 т. Т. 1 / под общ. ред. О.Г. Суконко; РНПЦ онкологии и мед. радиологии им. Н.Н. Александрова. – Минск : Беларусь. Энцикл. імя П. Броўкі, 2015. – 680 с.: ил.

СОЛНЦЕЗАЩИТНЫЙ КРЕМ КАК ФАКТОР ПРОФИЛАКТИКИ ВРЕДНОГО ВЛИЯНИЯ СОЛНЦА

Ласевич А.А.

студент 2 курса медико-диагностического факультета

Научный руководитель – ст. преподаватель Смирнова Г.Д.

Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Солнцезащитный крем помогает избежать ожогов, раннего старения эпидермиса, а также развития онкологических заболеваний. Первый эффективный солнцезащитный крем был изобретен химиком Францем Грейдером в 1946 году, он же ввёл термин SPF (Sun Protection Factor), который показывает, какое количество ультрафиолетовых лучей может задержать фильтр:

– SPF <5 – до 65% ультрафиолетовых лучей (далее УФЛ) и обеспечивает базовую защиту;