

Бернацкий С. А., Папкова А. В.
**РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ
ПОРАЖЕНИЙ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ**

Научный руководитель ассист. Губарь Л. М.
Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии
Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно

Актуальность. Активизация вооруженных конфликтов, террористических актов и др. аспектов современной действительности делает изучение рентгенодиагностики огнестрельных поражений костей актуальной проблемой медицины.

Цель: изучить рентгенологические особенности огнестрельных поражений костей конечностей, сравнить с переломами мирного времени.

Материал и методы. Анализ научно-методической литературы, рентгенограмм.

Результаты. 75-80% огнестрельных переломов падает на кости конечностей. Они значительно отличаются от переломов мирного времени: никогда одна рентгенограмма не копирует другой, не существует типичных локализаций, смещения отломков всегда различны, резче выражены, ибо они обуславливаются не столько мышечной тягой и локализацией самого перелома, сколько обстоятельствами самого ранения (баллистических условий и др.). Характерным для огнестрельного перелома является большая зона повреждения, большие разрушения и образование множества осколков. Переломы мирного времени: типичные переломы в классических местах скелета, с характерным смещением отломков. Чрезвычайно часто огнестрельные переломы костей сочетаются с наличием инородных тел, локализация которого в самой кости сказывается рентгенологически не только в том, что тень инородного тела при всех положениях исследования лежит в кости, но и в реактивных изменениях со стороны костного вещества. Пуля окружена светлой узкой каймой, проекцией соединительнотканной капсулы, в свою очередь окруженной остеосклеротическим валом - уплотненной стенкой костной полости. Течение и исход огнестрельных переломов костей зависит от присоединения огнестрельного остеомиелита, который в ВОВ составлял 65%-75% всех осложнений, впервые описанного Н.И. Пироговым в «Началах общей военно-полевой хирургии». Огнестрельный остеомиелит распознается рентгенологически раньше, чем клинически, в то время как при гематогенном остеомиелите наоборот. Рентген-картина огнестрельного остеомиелита пестрая: сочетание некротических и деструктивно-воспалительных явлений и противоположных им по знаку реактивных восстановительных созидających процессов.

Выводы:

1. Прогноз огнестрельных поражений костей в значительной степени зависит от рентгенодиагностики.
2. Рентгенологическое исследование является неотъемлемой составной частью общеклинического исследования раненого.