

## ДИАГНОСТИКА ЛИГАМЕНТОЗА ЗАДНЕЙ ДЛИННОЙ КРЕСТЦОВО-ПОДВЗДОШНОЙ СВЯЗКИ: НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ

*Назаренко И. В., Юрковский А. М.*

Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь

### **Введение**

Возникновение синдрома боли в нижней части спины (синдрома БНЧС) связывают с функциональными и дистрофическими изменениями опорно-двигательного аппарата и, в частности, с повреждением задней длинной крестцово-подвздошной связки (ЗДКПС) и (или) сопредельных с ней структур. Признаки поражения указанной связки (локальная боль) у пациентов с синдромом БНЧС явление нередкое (до 44 %) [1].

Риск поражения зависит от выраженности дистрофических изменений ЗДКПС (лигаментозе). А потому так важно своевременно выявлять и адекватно интерпретировать указанные изменения. Однако на данный момент нет критериев, которые бы позволяли эти изменения выявлять *in vivo*. Есть только данные экспериментальных исследований *in vitro*, которые дают ориентиры относительно того, какие изменения, и в какие возрастные периоды могут использоваться для диагностики данной патологии [2].

Диагностика указанного патологического состояния является серьезной проблемой. Во-первых, потому что бессимптомные структурные изменения ЗДКПС явление нередкое (речь идет о дистрофических изменениях, ассоциированных с возрастом и избыточной массой тела [2]), во-вторых, подходы по применению методов визуализации у пациентов с клиническими проявлениями поражения ЗДКПС до сих пор не согласованы (а значит, возможны проблемы с сопоставимостью результатов [3]); в-третьих, отсутствуют четкие представления относительно диагностической ценности различных методов визуализации при лигаментозе ЗДКПС. Отсюда и необходимость в систематизации и, как минимум, кратком анализе материалов, посвященных диагностическим возможностям различных методов визуализации при лигаментозах вообще и лигаментозе ЗДКПС в частности.

### **Цель**

Оценить перспективы применения методов лучевой диагностики при ЗДКП-индуцированном синдроме БНЧС.

### **Материал и методы исследования**

Публикации, содержащие информацию о лучевых критериях, используемых для диагностики лигаментоза ЗДКПС.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

#### Рентгеновские методы.

*Морфометрия:* проведение морфометрии по обычным рентгеновским изображениям невозможно, однако при оссификации ЗДКПС (что бывает редко) такая возможность появляется [4]. КТ-морфометрия теоретически осуществима, однако технология получения изображений, пригодных для проведения этой процедуры не разработана (по крайней мере, в вышеуказанных ресурсах такой информации не найдено).

*Оценка структуры:* в литературе данных об оценке изменений структуры ЗДКПС рентгеновскими методами нет.

#### МРТ.

*Морфометрия:* литературных данных о МР-морфометрии ЗДКПС нет. Есть лишь одна публикация, в которой описывается технология визуализации данной структуры, но речи о морфометрии ЗДКПС не идет [5].

*Оценка структуры.* Данных применительно к ЗДКПС в литературе нет. Есть только данные по связкам других локализаций. Судя по этим данным, незначительные и умеренно выраженные изменения посредством МРТ, скорее всего, выявляться не будут [6].

### УЗИ.

*Морфометрия.* Метод позволяет проводить корректную морфометрию ЗДКПС, что подтверждают результаты сопоставлений секционных данных и данных полученных при УЗИ [3, 4].

*Изменение структуры:* УЗИ позволяет в случае хорошей визуализации выявлять изменения текстуры связок, участки мукоидной и жировой дистрофии, а также паралигаментозный отек (отек сопредельных мягких тканей) [2, 3].

### **Выводы**

1. Приведенные выше данные демонстрируют наличие у методов лучевой диагностики определенных возможностей для визуализации структурных изменений ЗДКПС, обусловленных дистрофическими изменениями.

2. Наличие у каждого из вышеуказанных методов визуализации определенных ограничений и возможностей, предусматривает их комплексное применение.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. The function of the long dorsal sacroiliac ligament its implication for understanding low back pain / A. Vleeming [et al.] // Spine. — 1996. — Vol. 21, № 5. — P. 556–562.
2. Михайлов, А. Н. Возможности сонографии в оценке выраженности дистрофических изменений задней длинной крестцово-подвздошной связки: сонографические и гистологические сопоставления / А. Н. Михайлов, А. М. Юрковский, С. Л. Ачинович // Известия НАН Беларуси. — 2014. — № 4. — С. 9–13.
3. Юрковский, А. М. Сонография задних крестцово-подвздошных связок: топографо-анатомические и методические аспекты / А. М. Юрковский, О. И. Аникеев, С. Л. Ачинович // Журнал ГрГМУ. — 2014. — № 3. — С. 12–16.
4. Юрковский, А. М. Связки, ассоциированные с крестцово-подвздошным сочленением: анатомический базис для лучевого диагноза / А. М. Юрковский, С. Л. Ачинович, В. Я. Латышева // Проблемы здоровья и экологии. — 2013. — № 4. — С. 67–72.
5. Топография задних длинных крестцово-подвздошных связок: особенности расположения относительно линии остистых отростков / А. М. Юрковский [и др.] // Проблемы здоровья и экологии. — 2014. — № 3. — С. 92–95.

**УДК 616.211/.216-002.2/3-006.5-031.81-036.65-078:57.083.3'112.85:574.27**

## **СОДЕРЖАНИЕ ИНТЕРЛЕЙКИНА-8 И МАТРИКСНОЙ МЕТАЛЛОПРОТЕИНАЗЫ-9 В КРОВИ БОЛЬНЫХ С ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО И ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНИТА**

*Наконечная О. А., Онищенко А. И.*

**«Харьковский национальный медицинский университет»  
г. Харьков, Украина**

### **Введение**

По данным ВОЗ до 14 % населения планеты страдает острыми и хроническими заболеваниями околоносовых синусов. Хронический риносинусит (ХРС) является одним из наиболее распространенных хронических заболеваний во всем мире, с уровнем распространенности от 5 до 15 % от общей численности населения в Европе, США [1]. В последнее время заболеваемость рецидивирующими и хроническими формами синуситов среди населения увеличивается, что значительно снижает качество жизни, а именно социальную активность человека [2]. С каждым годом заболеваемость воспалительными заболеваниями пазух носа увеличивается на 1,5–2 %. Этому способствует снижение резистентности организма, социально-бытовые условия, неблагоприятная экологическая обстановка, нерациональное питание, аллергизация организма, антибиотикорезистентность микрофлоры полости носа и околоносовых пазух, синдром хронической усталости, несвоевременное обращение за профессиональной медицинской помощью, самолечение больных с неконтролируемым приемом лекарственных препаратов, что приводит к развитию оксидативного стресса, переходом острой формы в хроническую.

Широкое распространение хронических экссудативных и продуктивных синуситов в оториноларингологической практике, трудности в диагностике, лечении и профилактике способствовало изучению основных патогенетических механизмов реализации иммунного ответа, разработке схем терапии. Однако, несмотря на это, большая часть острых синуситов переходит в хроническую гнойную или продуктивную формы, при которых лечение консервативными или малоинвазивными методами чаще позволяет достичь не полного выздоровле-