

Выводы

1. Врожденные аномалии развития почек в структуре обследованных пациентов составили 63,0 %. Наибольшее количество среди выявленных патологий составили аномалии положения почки (нефроптоз и дистопия) – 55,47 %.

2. Линейные размеры почек молодых людей призывного возраста соответствуют общепринятым нормам, размеры правой почки несколько меньше, чем левой.

3. Наиболее информативным показателем является объем почки, отражающий ее функциональную активность: нормальный объем для правой почки, составил 119,5 см³, для левой – 126,8 см³, что соответствует общепринятой норме.

4. При расчете объемов почки у призывников с врожденной аномалией развития имеется уменьшение последних по сравнению с контрольной группой призывников, не имеющих патологию развития.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Билич, Г. Л. Анатомия человека: Медицинский атлас / Г. Л. Билич, В. А. Крыжановский. – М.: Эксмо, 2016. – 224 с.
2. Блют, Э. Ультразвуковая диагностика Практич. решение клинических проблем. / Э. Блют. – Т. 2: УЗИ в урологии и гинекологии. – М.: Медицинская литература, 2015. – 176 с.
3. Сапин, М. Р. Функциональная анатомия половых органов человека / М. Р. Сапин. – Элиста: Джангар, 2016. – 88 с.

УДК 611.959+617.559-007.17

В. Р. Скоблик, В. Н. Бондарь, А. А. Лабушева

*Научные руководители: к.м.н., доцент В. Н. Жданович;
старший преподаватель С. А. Семеняго*

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

ХАРАКТЕРИСТИКА ЭЛЕМЕНТОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНОГО СТОЛБА В НОРМЕ И ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЯХ

Введение

Межпозвоночные диски (МПД) состоят из пульпозного ядра, представленного скоплением округлых клеток и студенистого матрикса (благодаря коллагену I типа и гиалуроновой кислоте), окружающего их, и фиброзного кольца, состоящего из плотной волокнистой соединительной ткани (ПВСТ) и коллагеновых волокон, и замыкающих хрящевых гиалиновых пластинок, примыкающих к нижней и верхней поверхности тел позвонков. У взрослого человека МПД занимают порядка четвертой части длины позвоночника. Когда пульпозное ядро находится под давлением, оно отталкивает друг от друга соседние позвонки, а в противовес этому фиброзное кольцо и гиалиновые пластинки препятствуют избыточному растяжению. Таким образом, МПД амортизируют и, тем самым, защищают позвоночный столб от травм. Когда нарушается данный механизм, возникает большой риск повреждения структур [2].

Поясничный и шейный отделы являются наиболее подвижными у человека, поэтому и травмируются чаще. Подобные травмы сопровождаются сильными болями. Генез болей отличен между собой: решением проблем занимаются ортопедические, травматоло-

гические, неврологические и другие дисциплины, поэтому перед назначением правильного лечения следует тщательно изучить проблему. Причина болей может быть ассоциирована с повреждениями любой анатомической структурой в спине: опорно-двигательный аппарат, кровеносная и нервная системы. Такое разнообразие приводит к определенным проблемам при постановке диагноза, то есть следует провести комплексное обследование пациента для исключения ошибок. В наши дни разработано достаточное количество прогрессивной медицинской техники, однако даже при ее помощи часть диагнозов ошибочна [1].

Дегенерация дисков позвоночного столба (остеохондроз) – хронический процесс, ассоциированный с нарушенным метаболизмом (проявляется нарушением аминокислотного и элементного обмена, а также дефицитом воды) в позвоночнике и МПД, который сопровождается ишиалгией, болями в спине, стенозом позвоночного канала и различного рода повреждениями спинного мозга.

Дегенеративно-дистрофические изменения (ДДИ) позвонков – актуальная тема, поскольку они развиваются вне зависимости от их локализации, затрагивают близлежащие ткани независимо от возраста и профессии. Подробное изучение данной темы позволит разработать профилактический комплекс для предупреждения прогрессирования заболевания [1, 5].

Цель

Проведение половозрастного сравнительного анализа и оценки состояния структур поясничного отдела позвоночника в норме и при ДДИ методом магнитно-резонансной томографии (МРТ).

Материал и методы исследования

Нами было изучено 50 снимков МРТ поясничного отдела у пациентов, имеющих ДДИ позвоночника, сравнили полученные результаты с нормой. Также мы изучили стационарные карты данных пациентов. Были исследованы снимки 26 женщин (52 %) и 24 мужчины (48 %), средний возраст у женщин составил $54,5 \pm 12,7$ лет, и $59,1 \pm 9,6$ – у мужчин. Обследуемые получали лечение в УЗ «Гомельская областная клиническая больница» в 2022 году. Чтение снимков проводилось с помощью программы RadiAnt DICOM viewer. Статистическая обработка данных проводилась при помощи Excel 2013. Также были изучены гистологические срезы пораженных МПД.

Результаты исследования и их обсуждение

ДДИ позвоночного столба обнаружены во всех возрастных группах и зависят от возраста (чем старше пациент, тем больше риск обнаружения патологии). От пола зависимости не было выявлено ($p > 0,05$). Кроме того, возникновение дистрофий зависит от неправильного образа жизни и профессиональной деятельности (большинство пациентов вели сидячий образ жизни, включая работу).

По результатам измерений позвонков и МПД видно, что у людей со здоровым позвоночным столбом высота тел позвонков на уровне вершины лордоза больше, чем у пациентов (от $27,80 \pm 0,33$ мм до $29,91 \pm 0,31$ мм). Однако на уровне LV мы видим уменьшение до $24,30 \pm 0,29$ мм ($p < 0,05$). Помимо этого, у пациентов с ДДИ высота МПД снижена на всем протяжении позвоночного столба ($5,28 \pm 0,22$ – $6,11 \pm 0,18$ мм) ($p \leq 0,001$). Нормальная высота МПД – от $6,91 \pm 0,29$ до $9,34 \pm 0,31$ мм.

Вертикальный диаметр межпозвоночных отверстий увеличиваются к уровню LII–LIII и уменьшаются к LV–SI, а горизонтальный диаметр уменьшается в грудном направлении. Что касается горизонтального диаметра, то он в норме приближен к $4,12 \pm 0,27$ – $6,87 \pm 0,26$ мм. У пациентов с остеохондрозом мы наблюдаем уменьшение диаметра от $3,88 \pm 0,26$ до $6,49 \pm 0,31$ мм ($p \leq 0,05$). Следует отметить, что соотношения параметров уменьшается к уровню LIII–LIV, затем увеличивается к пояснично-крестцовому переходу. Данные согласуются с изученной нами литературой [1, 5].

Также хочется обратить внимание на распространенность такой патологии, как грыжи МПД. Она выявлена у подавляющего большинства пациентов (82 %) и количество различалось в зависимости от пола (у 18 женщин и у 23 мужчин, 69,23 и 95,83 % соответственно) и возраста. Данные представлены на рисунке 1.

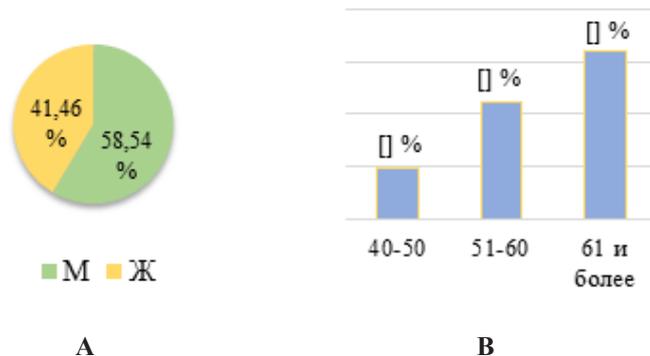


Рисунок 1 – Развитие грыж МПД в зависимости от пола (А) и возраста (В)

Следует подчеркнуть, что грыжи МПД возникают из-за ослабления мышечного каркаса спины и деструктивным процессам позвонков и дисков из-за излишнего веса, отсутствия регулярной физической нагрузки и ее несбалансированности, травм.

Нами наблюдались следующие виды грыж: медианные, парамедианные (7,32 и 73,17 % соответственно), грыжи Шморля (19,51 %), которые можно увидеть на рисунке 2.

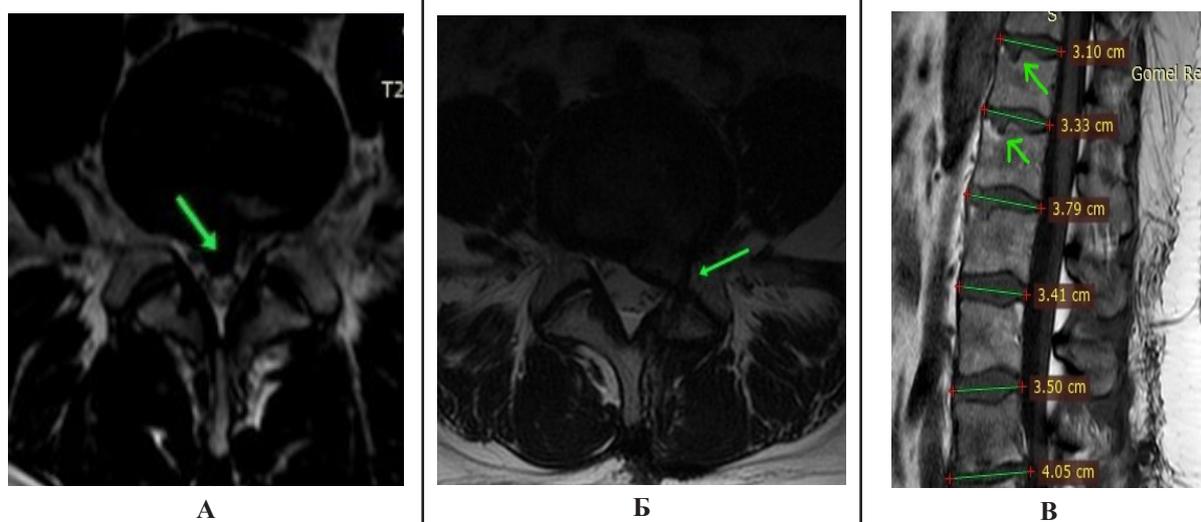


Рисунок 2 – Медианная (А), парамедианная (Б) грыжи и грыжа Шморля (В)

Выводы

В заключении отметим следующее:

1) При ДДИ высота тел поясничных позвонков и МПД уменьшаются. Вертикальный диаметр межпозвоночных отверстий увеличиваются к уровню LII–LIII и уменьшаются к LV–SI, тогда как горизонтальный диаметр уменьшается в грудно-крестцовом направлении.

2) Частота распространения ДДИ позвоночного столба обнаружена во всех возрастных группах и зависит от возраста (чем старше пациент, тем больше риск обнаружения патологии).

3) От пола зависимости не было выявлено ($p > 0,05$). Кроме того, возникновение дистрофий зависит от неправильного образа жизни и профессиональной деятельности (большинство пациентов вели сидячий образ жизни, включая работу).

3) Грыжи выявлены у подавляющего большинства пациентов (82 %), и частота встречаемости колеблется в зависимости от пола (у 18 женщин и у 23 мужчин, 69,23 и 95,83 % соответственно) и возраста.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Сравнительный анализ морфотопометрических параметров структур поясничного отдела позвоночного столба в норме и при дегенеративно-дистрофических изменениях / Е. А. Анисимова [и др.] // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2015. – № 4. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sravnitelnyy-analiz-morfotopometricheskikh-parametrov-struktur-poyasnichnogo-otdela-pozvonochного-stolba-v-norme-i-pri-degenerativno> (дата обращения: 03.11.2021).
2. Антонов, И. П. Профилактика неврологических проявлений поясничного остеохондроза: промежуточные итоги, нерешенные вопросы и некоторые методологические аспекты / И. П. Антонов // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1998. – Т. 98, № 12. – С. 4–8.
3. Дривотинов, Б. В. Физическая реабилитация при неврологических проявлениях остеохондроза позвоночника / Б. В. Дривотинов, М. Д. Панкова, Хамед Мохамед С. Абдельмажид ; под общ. ред. проф. Т. Д. Поляковой. – 3-е изд., перераб. и доп. – Минск : БГУФК, 2010. – С. 48–53.
4. Маркин, С. П. Задняя динамическая фиксация в хирургическом лечении поясничного остеохондроза: автореф. дис.... канд. мед. наук. – Новосибирск, 2010. – 20 с.
5. Скоблик, В. Р. Возрастные и половые соотношения пациентов с поражением межпозвоночных дисков / В. Р. Скоблик, В. Н. Жданович // Инновации и актуальные проблемы морфологии: сб. науч. ст., посвящ. 100-летию каф. норм. анатомии УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Респ. Беларусь, окт. 2021 г. – Минск: БГМУ, 2021. – С. 292–295.
6. Тонков, В. Н. Учебник нормальной анатомии человека / В. Н. Тонков. – Изд. 7-е, перераб. и доп. – М. : ООО «Медицинское информационное агентство», 2021. – 856 с.

УДК 616. 137-089

В. А. Скурковская

Научный руководитель: заведующий кафедрой, к.м.н., доцент В. Н. Жданович

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ВЫБОР МЕТОДА РЕКОНСТРУКЦИИ ПОДВЗДОШНЫХ АРТЕРИЙ В СОВРЕМЕННЫХ РЕАЛИЯХ

Введение

Атеросклероз – генерализованное заболевание, проявляющиеся изменением интимы артерий, включающие накопление липидов, сложных углеводов, фиброзной ткани, компонентов крови, кальцификацию и сопутствующие изменения меди. Определение тактики лечения является актуальной проблемой несмотря на то, что повышается уровень диагностики поражений и внедряются новые технологии лечения [1, 2].

При поражении подвздошного сегмента зачастую у пациентов имеются трофические нарушения нижних конечностей. Учитывая это, операции сопровождаются повышенным риском гнойно-септических осложнений, поэтому выбор адекватной тактики реваскуляризации подвздошного сегмента имеет значение не только в контексте благоприятного лечения, но и в отношении исхода операции и течения раннего послеоперационного периода [3].

Цель

Провести анализ реконструктивных операций на подвздошном сегменте при атеросклеротических поражениях.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ историй болезней и операционных журналов пациентов, оперированных на базе «Гомельская университетская клиника – областной госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны» в отделении сосудистой хирургии.