

В немногочисленных исследованиях других авторов также приводятся сведения о вредных эффектах тартразина относительно здоровья [4]. Экспериментальными исследованиями доказано, что длительное наличие в рационе тартразина вызывает иммунное воспаление слизистой оболочки желудка [3]. Установлено, что тартразин может вызывать сильные аллергические реакции и обострение бронхиальной астмы [1, 5], а употребление тартразина беременной женщиной отрицательно влияет на иммунную систему плода [2].

Выводы

Проведенное исследование продемонстрировало отрицательное влияние тартразина в допустимой дозе при получении его животными в течение 1 месяца на морфофункциональное состояние печени. Гистологические и морфометрические данные позволяют говорить о происходящем повреждении паренхимы печени и развитии хронического гепатита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аляхнович, Н. С. Сенсibilизация гранулоцитов слюны к пищевому красителю тартразину в аллергенспецифическом тесте — реакции выброса миелопероксидазы / Н. С. Аляхнович // Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации: материалы 70-й научной сессии сотрудников университета. — 2015. — С. 74–75.
2. Горяникова, И. Н. Морфофункциональная характеристика селезенки потомства крыс, употреблявших тартразин во время беременности и вскармливания / И. Н. Горяникова // Український морфологічний альманах. — 2014. — № 2. — С. 10–12.
3. Moutinho, I. L. Prolonged use of the food dye tartrazine (FD&C yellow no 5) and its effects on the gastric mucosa of Wistar rats / I. L. Moutinho, L. C. Bertges, R. V. Assis // Brazilian Journal of Biology. — 2007. — Vol. 1. — P. 141–145.
4. Raposa, B. A brief review of health effects of tartrazine (E 102) / B. Raposa, G. Szijártó, K. Bereniy // Journal of Proactive Medicine. — 2012. — Vol. 1, № 2. — P. 53–56.
5. Vojdani, A. Immune reactivity to food coloring / A. Vojdani, C. Vojdani // Altern Ther Health Med. — 2015. — Vol. 21, Suppl. 1. — P. 52–62.

УДК 611.748.1+616.75

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ ЗАДНЕЙ ДЛИННОЙ КРЕСТЦОВО-ПОДВЗДОШНОЙ СВЯЗКИ В СРЕДНЕЙ И ПРОКСИМАЛЬНОЙ ТРЕТИ У ПАЦИЕНТОВ БЕЗ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СИНДРОМА БОЛИ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ

Назаренко И. В., Денисенко А. А.

Научный руководитель: д.м.н., профессор А. Н. Михайлов

Государственное учреждение образования

«Белорусская медицинская академия последипломного образования»

г. Минск, Республика Беларусь,

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Примерно в 40 % случаев причиной возникновения синдрома боли в нижней части спины (синдрома БНЧС) является патология связок пояснично-крестцового отдела позвоночника и, в частности, задних длинных крестцово-подвздошных связок ЗДКПС [1–3]. Вопрос выявления данной патологии до сих пор остается не решенным, поскольку отсутствуют надежные диагностические критерии. Прежде всего, это касается такого критерия как «утолщение связки», поскольку отсутствуют представления о том, какие параметры толщины следует считать нормой. Отсюда и потребность в определении диапазона значений толщины ЗДКПС, а также инцидентности и выраженности «естественной» асимметрии этого показателя (при сравнении контрлатеральных ЗДКПС) у пациентов без синдрома БНЧС.

Цель

Определение толщины, а также выраженности асимметрии этого параметра на сопоставимых участках контрлатеральных ЗДКПС у пациентов без клинических проявлений синдрома БНЧС.

Материал и методы исследования

Морфометрические параметры ЗДКПС были определены у 105 пациентов (возраст 19–86 лет), в том числе у 38 мужчин и 67 женщин.

Сонография проводилась на ультразвуковом сканере *Toshiba Aplio XG* (датчики 7,5–16 МГц) двумя специалистами независимо друг от друга по единой методике [2–3]. МСКТ исследования проводилось на рентгеновском компьютерном томографе Siemens-Somatом Emotion-6. Критерием включения в исследованную группу было отсутствие клинических проявлений синдрома БНЧС во время исследования. Для МСКТ-морфометрии использовались КТ-сканы, пациентов, не имевшим на момент исследования проявлений синдрома БНЧС (т. е. пациентов, которым МСКТ проводилось по поводу иных заболеваний). Замеры на КТ-сканах производились вблизи точки прикрепления ЗДКПС к задней верхней ости подвздошной кости, а замеры на сонограммах — в средней трети ЗДКПС. Группировка по возрасту и ИМТ проводилась согласно рекомендациям ВОЗ. Статистический анализ проводился при помощи пакета прикладных программ IBM SPSS Statistics, Version 20.

Результаты исследования и их обсуждение

Статистически значимых различий между параметрами толщины ЗДКПС у мужчин и женщин отмечено не было (таблица 1).

Таблица 1 — Показатели толщины ЗДКПС $Me (Q_{25}–Q_{75})$ у пациентов без клинических проявлений синдрома БНЧС

№ п/п	Возрастной период (лет)		Толщина ЗДКПС (мм)				Разница в толщине контрлатеральных связок	
			средняя треть (сонография)		проксимальная треть (МСКТ)		средняя треть	проксимальная треть
1.	Юноши	17–21	1,4 (1,1–1,6)	1,4 (1,1–1,5)	Нет данных	Нет данных	4 %	Нет данных
2.	Девушки	16–20	1,3 (1,0–1,5)	1,2 (1,0–1,5)	Нет данных	Нет данных	8 %	Нет данных
3.	25–35		1,1 (1,1–1,5)	1,2 (1,1–1,7)	1,9 (1,8–1,9)	2,1 (1,9–2,4)	9 %	10 %
4.	36–45		1,3 (1,2–1,3)	1,3 (1,2–1,3)	2,1 (2,0–2,4)	2,3 (2,3–2,5)	0 %	9,5 %
5.	46–60		1,5 (1,4–1,5)	1,5 (1,4–1,5)	2,5 (2,0–3,1)	2,6 (2,4–3,0)	0 %	9,5 %
6.	60–74		1,3 (1,3–1,4)	1,3 (1,3–1,4)	2,8 (2,1–3,1)	2,6 (2,5–3,0)	4 %	7,7 %
7.	75–89		Нет данных	Нет данных	3,1 (2,9–3,2)	3,0 (2,7–3,6)	Нет данных	3 %

Статистически значимых различий между параметрами толщины контрлатеральных связок отмечено не было. Корреляция между параметрами толщины контрлатеральных связок была на уровне — 0,88 ($p < 0,05$). При этом у 20 % обследованных была выявлена «бессимптомная» асимметрия параметров толщины не превышавшая в подавляющем большинстве случаев 10 % и лишь в единичных случаях — 18 %. Корреляционный анализ не выявил статистически значимой взаимосвязи между возрастом и толщиной ЗДКПС. Точно также, как не было выявлено статистически значимой взаимосвязи ($R = 0,18$, $p = 0,17$) между толщиной ЗДКПС и ИМТ в диапазоне значений 18,5–30 (таблица 2), что согласуется с ранее полученными данными [4].

Таблица 2 — Толщина ЗДКПС при различных значениях ИМТ

Диапазон значений ИМТ субъектов, у которых был взят морфологический материал									
< 18,5		18,5–24,9		25,0–29,9		30–34,9		35–40	
м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж
0,95 (0,9–1,0)	1,15 (1,1–1,4)	1,3 (1,1–1,5)	1,2 (1,1–1,5)	1,3 (1,1–1,4)	1,5 (1,3–1,5)	2,1 (1,6–2,6)	2,0 (1,6–2,5)	—	—

Выводы

1. Нормальные значения толщины ЗДКПС в средней трети находятся в пределах $Me (Q_{25}–Q_{75})$ — 1,3 (1,1–1,5) мм.

2. Статистически значимые различия между параметрами толщины контрлатеральных связок в норме отсутствуют, а выявляемая в некоторых случаях асимметрия этих показателей не превышает 20 %.

ЛИТЕРАТУРА

1. Михайлов, А. Н. Возможности сонографии в оценке выраженности дистрофических изменений задней длинной крестцово-подвздошной связки: сонографические и гистологические сопоставления (in vitro) / А. Н. Михайлов, А. М. Юрковский, С. Л. Ачинович // Известия НАН Беларуси. — 2014. — № 4. — С. 9–13.
2. 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.
3. 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.
4. Юрковский, А. М. Есть ли взаимосвязь между выраженностью дистрофических подвздошно-поясничной и задней длинной крестцово-подвздошной связки и индексом массы тела / А. М. Юрковский, С. Л. Ачинович, В. Я. Латышева // Проблемы здоровья и экологии. — 2014. — № 4. — С. 68–72.

УДК 618.32

МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ КЮРЕТАЖ ПОЛОСТИ МАТКИ ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Наумович М. Г., Самцова А. И.

Научный руководитель: к.м.н., ассистент *Н. Н. Рубахова*

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Проблема неразвивающейся беременности продолжает оставаться актуальной и социально значимой в практике акушера-гинеколога. Долгое время хирургическая операция была единственным способом прерывания беременности. Перенесенный инструментальный кюретаж слизистой полости матки при неразвивающейся беременности отрицательно сказывается на последующей репродуктивной и менструальной функции женщины, характеризуется срывом гормональной регуляции, нарушениям структуры эндометрия, дисбалансом иммунной системы. В последнее время в качестве альтернативы хирургическому прерыванию беременности на ранних сроках был предложен медикаментозный аборт с использованием антипрогестагена Мифепристона в комбинации с простагландином Е, Мизопростолом [1].

Согласно клиническому протоколу наблюдения беременных, рожениц, родильниц, диагностики и лечения в акушерстве и гинекологии МЗ РБ от 09.10.2012 г. медикаментозное прерывание беременности возможно до 42–49 дней аменореи. Применение Мифепристона и Мизопростолом с целью опорожнения полости матки при неразвивающейся беременности на данный момент не нашло широкого применения в связи недостаточностью данных об их эффективности.

Цель

Определить эффективность медикаментозного прерывания неразвивающейся беременности сроком до 12 недель с использованием препаратов Мифепристона и Мизопростолом.

Материал и методы исследования

На базе 1 ГКБ г. Минска под наблюдением находилось 52 женщины репродуктивного возраста с подтвержденным диагнозом неразвивающаяся беременность (ультразвуковым методом). Медикаментозное прерывание беременности проводилось согласно клиническим рекомендациям Министерства здравоохранения Российской Федерации (2015 г.) [2]. Для прерывания беременности использовалась схема с применением 200 мг Мифепристона и 400 мкг Мизопростолом через 36 часов в соответствии с инструкцией к препаратам. После подтверждения диагноза женщинам была предоставлена информация о возможных методах опорожнения полости матки и их осложнениях. По принятию решения о медикаментоз-