

тельное выравнивание интеллектуальных показателей детей основной и контрольной групп. При этом основная группа детей в сравнении с контролем характеризовалась относительно большей частотой случаев неврозоподобных расстройств, таких как неорганический энурез (6,8 %) и заикание (4,5 %).

Заключение

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о неблагоприятном влиянии врожденного транзиторного гипотиреоза на последующие этапы развития ребенка. В условиях повышенной потребности детского организма в тиреоидных гормонах создаются предпосылки для формирования отклонений в нервно-психическом развитии детей. Негативное влияние транзиторной дисфункции гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной системы характеризуется пограничным уровнем психического развития в периоде раннего детства, а также снижением показателей интеллекта у дошкольников, большой частотой развития неврозоподобных нарушений. Это определило необходимость системы профилактики неонатального транзиторного гипотиреоза и реабилитационных мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Бруно Де Бенуа* Устранение дефицита йода — одна из ключевых задач здравоохранения / Бруно Де Бенуа, О. В. Швец // Международный эндокринологический журнал. — 2011. — № 6 (38). — С. 9–17.
2. *Жуков, А. О.* Вызванные дефицитом йода задержка психического развития и синдром дефицита внимания / А. О. Жуков // Журнал неврологии и психиатрии. — 2007. — № 6. — С. 4–16.
3. *Каминский, А. В.* Проблема йодного дефицита в Украине: профилактика у детей, беременных и взрослых / А. В. Каминский, А. Н. Коваленко, Е. В. Теплая // Международный эндокринологический журнал. — 2011. — № 6 (38). — С. 18–22.
4. *Киселева, Е. В.* Транзиторный неонатальный гипотиреоз: тиреоидный статус детей в катмнезе // Проблемы эндокринологии. — 2003. — Т. 49, № 5. — С. 30–32.
5. *Насирова, У. Ф.* Влияние дефицита йода на состояние щитовидной железы и нервно-психическое развитие детей с неонатальным транзиторным гипотиреозом // Проблемы эндокринологии. — 2006. — № 5. — С. 15–17.

УДК 616.728.13/.14-007.17

ЛИГАМЕНТ-АССОЦИИРОВАННАЯ ПАТОЛОГИЯ С ЛИГАМЕНТОЗОМ ЗАДНЕЙ ДЛИННОЙ КРЕСТЦОВО-ПОДВЗДОШНОЙ СВЯЗКИ

Юрковский А. М., Назаренко И. В., Поддубный А. А.

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

Введение

При синдроме боли в нижней части спины (БНЧС) во всех лечебных учреждениях, как правило, проводится комплексное исследование позвоночника, включая и методы лучевой визуализации: рентгенологические методики исследования, магнитно-резонансная томография и ультразвуковое исследование [1].

Результаты визуализации позвоночника показали, что у пациентов имеется сопутствующая патология, ассоциированная с лигаментозом задней длинной крестцово-подвздошной связки (ЗДКПС) и встречается с обычной частотой, что и в общей популяции населения без признаков лигаментоза данной структуры.

Цель

Определение сопутствующей патологии, ассоциированной с лигаментозом задней длинной крестцово-подвздошной связки.

Материал и методы исследования

Для достижения поставленной цели нами был проведен анализ полученных данных в результате применения лучевых методов диагностики у 125 пациентов с лига-

ментозом ЗДКПС 48 мужчин (средний возраст $61,7 \pm 8,7$ лет) и 77 женщин (средний возраст $52,5 \pm 8,5$ лет).

Результаты исследования и их обсуждение

На рентгенодиагностику пояснично-крестцового отдела позвоночника направлялись пациенты после осмотра неврологами, которые предъявляли жалобы на боль в пояснично-крестцовом отделе позвоночника с отдачей по задней поверхности бедра на стороне поражения [1, 2]. Рабочий диагноз у которых при поступлении в отделение неврологии — вертеброгенная люмбоишалгия с выраженным болевым синдромом.

Тщательное изучение снимков показывает, что проведение морфометрии по обычным рентгеновским изображениям невозможно, поскольку такая возможность появляется лишь при оссификации ЗДКПС, что в свою очередь составило 2%. Исходя из этого информативность данного метода лигаментоза ЗДКПС крайне мала. Но, можно выявить сопутствующую патологию пояснично-крестцового отдела позвоночника. Дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника при анализе рентгенограмм выявлялись в таком же процентном соотношении, что и в общей популяции в целом.

Что касается мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ), то она в состоянии отобразить лишь изменения морфометрических параметров связки, возникшие в результате длительно текущего процесса. Причем диагностику затрудняет также и то, что изменения на симптоматической стороне могут сочетаться со схожими изменениями на противоположной (несимптоматической) стороне. Данный метод отлично диагностирует изменения дистрофического характера в позвонковых структурах и отчетливо выявляются грыжи и протрузии межпозвоночного диска, которые нельзя в силу ограничения возможности метода выявить при рутинном рентгенографическом методе исследования.

В литературе данные об оценке изменений структуры ЗДКПС рентгеновскими методами отсутствуют: возможный максимум, на который в данном случае можно рассчитывать — это то, что могут быть выявлены диспластические и (или) дистрофические изменения, потенциально способные привести к перегрузке ЗДКПС и, как следствие, к развитию более ранних, чем это свойственно конкретному возрасту, дистрофических изменений [3].

Возможности оценки структуры ЗДКПС при помощи магнитно-резонансной томографии (МРТ) также нет, что является достаточно ожидаемым, поскольку нет ясности ни по поводу того, в какие сроки проводить исследование (по некоторым данным, чувствительность метода заметно снижается через 72 ч после повреждения связок), ни по поводу того, как выявлять незначительные или умеренно выраженные дистрофические изменения, ни по поводу того, как выявлять незначительные повреждения (используемые ныне импульсные последовательности не позволяют выявлять структурные изменения даже в растянутых в 2–3 раза связках). Тем не менее, данный метод отлично справляется с задачей выявления сопутствующей патологии, ассоциированной с лигаментозом ЗДКПС, в особенности помогает в диагностике изменения мягкотканного компонента в позвоночно-двигательном сегменте.

Анализ результатов наших исследований показывает, что МРТ обладает достаточной чувствительностью для выявления ранних признаков энтезопатий, а именно изменений мягкой ткани и сопредельной с зоной энтезов кости. Однако, инцидентность и выраженность указанных изменений зависят не только от стадии патологического континуума, но и от множества других факторов — возраста, пола, конституции, а потому их интерпретация может оказаться столь же непростой, как и в случае патологии подвздошно-поясничных связок, что подтверждается и литературными данными [4].

С помощью сонографии можно проводить корректную морфометрию ЗДКПС. В случае хорошей визуализации УЗИ позволяет выявлять изменения текстуры связок, участки мукоидной и жировой дистрофии. Более того, могут быть разграничены незначительно выраженные (сохранена фибриллярная текстура, отсутствуют гипоехогенные зоны и кальцификаты в пределах связки), умеренно выраженные (нет четкого отображения фибриллярной текстуры, определяются гипоехогенные зоны в пределах связки) и выраженные (определяется смазанность фибриллярной текстуры, множественные гипоехогенные зоны в пределах связки, кальцификаты) дистрофические изменения [5]. Данный метод прекрасно выявляет морфометрические параметры ЗДКПС, но в изменении костных структур он низко информативен.

Выводы

Рентгенодиагностика, МСКТ, МРТ — методы лучевой диагностики которые наиболее хорошо выявляют ассоциированную патологию с лигаментозом задней длинной крестцово-подвздошной связки, такую как хондроз, остеохондроз, спондилез, спондилоартроз, грыжа межпозвоночного диска, протрузия межпозвоночного диска, грыжи Шморля, листез, аномалии тропизма. УЗИ наименее информативен в диагностике дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника, но тем не менее он отлично подходит в изучении морфометрических параметров лигаментозных структур пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Встречаемость лигамент-ассоциированной патологии не зависит от наличия лигаментоза задней длинной крестцово-подвздошной связки и не выходит за рамки общепопуляционной встречаемости дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника. Но, данная патология способна усугублять клинко-неврологические проявления лигамент-индуцированного синдрома боли в нижней части спины.

ЛИТЕРАТУРА

1. Юрковский, А. М. Связки, ассоциированные с крестцово-подвздошным сочленением: анатомический базис для лучевой диагностики / А. М. Юрковский, С. Л. Ачинович, В. Я. Латышева // Проблемы здоровья и экологии. — 2013. — № 4. — С. 67–72.
2. Юрковский, А. М. Связки, соединяющие тела позвонков: анатомический базис для лучевой диагностики / А. М. Юрковский // Проблемы здоровья и экологии. — 2011. — № 3. — С. 101–106.
3. Сонография в оценке выраженности дистрофических изменений задней длинной крестцово-подвздошной связки: сонографические и гистологические сопоставления (in vitro) / А. Н. Михайлов [и др.] // Медицина. — 2014. — № 4. — С. 3–4.
4. Юрковский, А. М. Диагностическое значение морфометрических параметров подвздошно-поясничных связок и изменений костной ткани в зонах энтезов, по данным КТ у пациентов с синдромом боли в нижней части спины / А. М. Юрковский, А. В. Коропо // Журнал ГрГМУ. — 2012. — № 4. — С. 54–57.
5. Юрковский, А. М. Подвздошно-поясничные, задние длинные крестцово-подвздошные и крестцово-бугорные, связки в различные возрастные периоды: сонографические и гистологические сопоставления / А. М. Юрковский, С. Л. Ачинович, А. И. Кушнеров // Медицинский журнал. — 2015. — № 3. — С. 137–140.

УДК 616.728.13/.14:611.018.4

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ИЗМЕНЕНИЙ КОСТНОЙ ТКАНИ В ЗОНАХ ЭНТЕЗОВ СВЯЗОК ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Юрковский А. М., Назаренко И. В., Поддубный А. А.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Патология связок пояснично-крестцового отдела позвоночника отмечается у 46,9 % пациентов с синдромом боли в нижней части спины (синдром БНЧС) [1]. Чаще всего у пациентов с синдромом БНЧС выявляют патологию задней длинной крестцово-подвздошной связки (ЗДКПС), подвздошно-поясничной связки (ППС), и крестцово-бугорной связки (КБС).