

Также нами был проведен сравнительный анализ симптомов у пациентов Гр. 1 и Гр. 2. Общими жалобами для обеих групп были боли в пояснице, сильный дискомфорт при поворотах, сгибаниях и разгибаниях туловища, судороги, быстрая утомляемость, слабость.

У больных из первой группы в медицинских картах были отмечены следующие жалобы, достоверно отличающиеся от второй группы ( $p < 0,05$ ): онемения в паховой области (44 %), нарушения функционирования мочевого пузыря и должной работы кишечника (по 100 %), боли в ягодичной области (иррадиировала в голень у 16 %, в дорсальную поверхность бедра — 20 %). Следует отметить, что боли у 24 % больных были периодическими: могли исчезать на недели и месяцы, а затем снова возвращаться.

Следствием неправильной работы кишечника и мочевого пузыря явились: задержка мочи, возникновение трудностей в начале процесса мочеиспускания, недержание каловых масс, запор.

Методом МРТ выявлены следующие сопутствующие заболевания поясничного отдела в Гр. 1, которые могли поспособствовать развитию СКХ: грыжи межпозвоночных дисков (МПД) — 72 %, спондилолистез — 24 %, переломы тел позвонков — 8 %, стеноз позвоночного канала — 35 %.

Также в изученной нами литературе были представлены сведения о локализации повреждений при СКХ [4]. В ней сказано, что к синдрому конского хвоста следует относить повреждения на уровне позвоночного столба, начинающиеся от L3 и ниже. Результаты наших исследований согласуются с вышеприведенными данными.

#### **Выводы**

Подводя итоги нашего исследования, подчеркнем, что у обследуемых из Гр. 1 достоверно выявлены симптомы, отличные от Гр. 2 (онемения в паховой области, нарушения функционирования кишечника и мочевого пузыря, возникающие периодами боли в ягодичах, отдающие в нижние конечности).

Мы предлагаем следующие меры профилактики, которые могут способствовать облегчению болей в спине и, в частности, в поясничном отделе: приобретение ортопедического матраца, периодический мониторинг веса (соблюдение правил здорового питания и занятия лечебной физической культурой), избегание стрессов и резких движений, правильное распределение нагрузки на позвоночный столб.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Данилов, А. Б. Алгоритм диагностики и лечения боли в нижней части спины с точки зрения доказательной медицины / А. Б. Данилов // Нервные болезни. 2010. № 4. С. 11–18.
2. Физическая реабилитация при неврологических проявлениях остеохондроза позвоночника / Б. В. Дривогинов [и др.]; под общ. ред. проф. Т. Д. Поляковой. 3-е изд., перераб. и доп. Минск : БГУФК, 2010. С. 48–53.
3. Подчуфарова, Е. В. Болезни нервной системы: рук-во для врачей / Е. В. Подчуфарова, Н. Н. Яхно; под ред. Н. Н. Яхно. М., 2005. Т. 2. С. 306–331.
4. Травмы спинного мозга, синдромы поражения / М. А. Сулейманова [и др.] // Современные проблемы науки и образования. 2018. № 2. С. 2–38.

**УДК 616.34-007.272-036.11-071.1**

### **ВЗАИМОСВЯЗЬ НАЛИЧИЯ ПАТОЛОГИИ В АНАМНЕЗЕ ПАЦИЕНТА С ВОЗНИКНОВЕНИЕМ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ**

**Шарфун А. С., Шевченко К. А.**

**Научный руководитель: ассистент Т. И. Горбачёва**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Острая кишечная непроходимость (ОКН) — заболевание, характеризующееся нарушением пассажа кишечного содержимого по желудочно-кишечному тракту. Наиболее часто ОКН возникает у лиц пожилого возраста. ОКН может

осложнять течение других заболеваний [3]. ОКН составляет 3,5–9,4 % среди всех острых хирургических заболеваний. В 70–80 % случаев причиной механической непроходимости являются спайки, а в остальных 20–30 % наблюдений — опухоли, рубцовые сужения, конкременты. В последние годы данные литературы свидетельствуют об увеличении заболеваемости ОКН, что объясняется постоянно растущим количеством оперативных вмешательств на органах брюшной полости [2]. Вопросы диагностики и хирургического лечения больных с ОКН являются одними из самых сложных в ургентной хирургии. Это обусловлено неуклонным ростом числа больных с данной патологией, поздним обращением в стационар, диагностическими ошибками на догоспитальном этапе, большим количеством послеоперационных осложнений, высокой летальностью, которая составляет 20–50 % и не имеет тенденции к снижению [1]. Несмотря на значительные достижения в развитии современной хирургии, результаты диагностики и лечения ОКН часто являются неудовлетворительными и сопровождаются большим количеством осложнений и высокой летальностью. Анамнез пациентов имеет важное прогностическое значение в диагностике заболевания. В связи с этим разработка новых методов диагностики, лечения ОКН и исследования, проводимые в данной области, являются актуальными вопросами современной медицины.

#### **Цель**

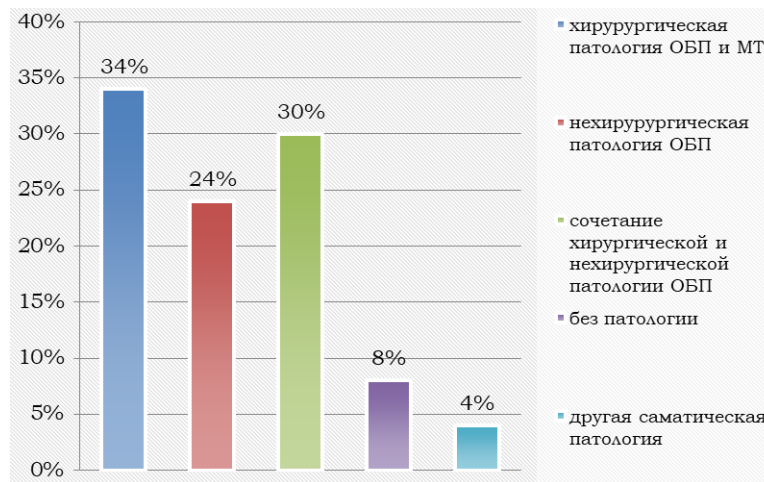
Выявить взаимосвязь возникновения ОКН с наличием различной патологии в анамнезе пациентов.

#### **Материал и методы исследования**

Материалом для исследования послужили данные медицинских карт из архивной базы Государственного учреждения здравоохранения «Гомельская городская клиническая больница скорой медицинской помощи». В исследование были включены данные 50 пациентов в возрасте от 25 до 90 лет, получивших экстренное хирургическое лечение по поводу ОКН, за период с марта по декабрь 2021 г. В зависимости от наличия патологии в анамнезе все пациенты были разделены на 5 групп: хирургические патологии ОБП и малого таза (МТ), нехирургические патологии ОБП и МТ, сочетание хирургической и нехирургической патологии ОБП, другие соматические заболевания, без патологии. В группу хирургических патологий ОБП и МТ были включены все патологии, потребовавшие оперативного вмешательства: диагностическая лапароскопия, аппендэктомия, холецистэктомия, ОКН, миомэктомия, гистерэктомия, стентирование и их сочетание между собой. В группу нехирургических патологий ОБП вошли заболевания, в лечении которых использовались консервативные методы терапии: язва ДПК, желчнокаменная болезнь (ЖКБ), панкреатит, хронический гастрит, язвенная болезнь желудка. Пациенты, имевшие в анамнезе хирургические вмешательства и нехирургическую патологию ОБП, были включены в группу сочетания данных патологий. В группу других соматических заболеваний были включены изолированные патологии других систем органов: хронический пиелонефрит, полиомиелит. В группу без патологии вошли пациенты, не имевшие какой-либо патологии в анамнезе. В компьютерной программе «Microsoft Excel 2010» создавались электронные базы данных с последующей статистической обработкой.

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

В ходе исследования было установлено, что среди пациентов, получивших хирургическое лечение по поводу ОКН, 34 % имели в анамнезе хирургическое вмешательство на ОБП и МТ, 24 % пациентов имели в анамнезе нехирургическую патологию ОБП; а сочетание данных групп патологий было обнаружено у 30 % пациентов. Пациенты с другой соматической патологией и без патологии в анамнезе составили 4 и 8 % соответственно. Данные результаты представлены на рисунке 1.



**Рисунок 1 — Структура патологии в анамнезе пациентов с острой кишечной непроходимостью**

Таким образом, пациенты с заболеванием ОБП хирургического и нехирургического характера составляют 88 % от общего числа пациентов, что указывает на четкую связь между возникновением ОКН и патологией ОБП. С учетом того факта, что у 30 % пациентов в анамнезе имелось сочетание данных патологий, выявлено, что в 64 % случаев ОКН, пациенты хотя бы раз подвергались хирургическому вмешательству на ОБП и МТ, вероятно это связано с формированием спаечного процесса в послеоперационном периоде. В 54 % случаев ОКН, пациенты имели в анамнезе нехирургическую патологию ОБП, это может быть связано с распространением воспалительного процесса на брюшину, нарушением целостности органов или обтурацией просвета кишечника. Учитывая возраст исследуемой группы пациентов (25–90 лет), другая соматическая патология в изолированном виде встречалась крайне редко (4 %), и присутствовала у большинства пациентов в качестве сопутствующей патологии.

Далее нами были рассмотрены исследуемые группы пациентов, получивших хирургическое лечение по поводу ОКН, с анализом отдельных патологий, входящих в состав каждой группы.

В группе пациентов с хирургической патологией ОБП и МТ в анамнезе заболевания распределились следующим образом: наиболее частым хирургическим вмешательством оказалась аппендэктомия и составила 50 % случаев, холецистэктомия и оперативное лечение ОКН составили 28,1 и 21,9 % соответственно. При этом сочетание аппендэктомии и ОКН в анамнезе было выявлено у 9,3 % пациентов. Другие хирургические вмешательства: диагностическая лапароскопия, миомэктомия и гистерэктомия составили по 3,1 % пациентов, входящих в данную группу.

В группе пациентов с нехирургической патологией ОБП было обнаружено, что у 48,2 % пациентов имелась желчнокаменная болезнь, а 29,6 % имели панкреатит в анамнезе. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки составили по 14,8 %, гастрит — 7,4 %, рак печеночного угла ободочной кишки — 3,7 %. При этом сочетание нескольких нехирургических патологий в анамнезе было установлено у 18,5 % пациентов.

### **Выводы**

В результате проведенного исследования было установлено, что имеется четкая связь между возникновением ОКН и наличием хирургической патологии ОБП в анамнезе пациентов.

Наиболее распространенной хирургической патологией в анамнезе пациентов с ОКН являются аппендэктомия и холецистэктомия.

ЖКБ и панкреатит являются наиболее значимыми среди нехирургических патологий в анамнезе пациентов с ОКН.

Сочетание данных патологий в анамнезе является неблагоприятным прогностическим признаком и повышает риск возникновения ОКН.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ба, М. Р. Тактика ведения больных с острой тонкокишечной механической непроходимостью: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.17 / М. Р. Ба. М., 2015. 143 с.
2. Миннуллин, М. М. Диагностика и хирургическое лечение больных с острой кишечной непроходимостью / М. М. Миннуллин, Д. М. Красильников, Я. Ю. Николаев // ПМ. 2014. № 2 (78). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/diagnostika-i-hirurgicheskoe-lechenie-bolnyh-s-ostroy-kishechnoy-neprohodimostyu> (дата обращения: 24.03.2022).
3. Острая кишечная непроходимость: клинические рекомендации / И. В. Маев [и др.]. М.: Доказательная гастроэнтерология-1, 2013. 36 с.

УДК 611.013:[611.133.33+611.145.11]

### ЭМБРИОГЕНЕЗ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЧЕЛОВЕКА

*Шпаковская М. Ю., Шпаковский А. Ю.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент И. А. Кравцова**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Изучение эмбриогенеза, анатомии и физиологии сосудистой системы головного мозга человека помогают понять развитие патологических изменений в ней при энцефалопатиях, деменции, рассеянном склерозе, цереброваскулярной патологии [2, 3]. Морфофункциональное состояние сосудов, в частности микроциркуляторного русла, определяет характер и динамику компенсаторно-приспособительных процессов, происходящих в мозге [1].

#### **Цель**

Определить сроки вставания сосудов в нервную ткань и формирование во-кругосудистых пространств в мозге человека.

#### **Материал и методы исследования**

Объектом исследования являлись эмбрионы и плоды человека. Материал фиксировали в нейтральном формалине и после проводки через хлороформ заливали в парафин. Серийные срезы толщиной 4–6 мкм окрашивали гематоксилином и эозином, использовали импрегнацию серебром в сочетании с гематоксилином. С помощью окуляр-микрометра при увеличении 10×40 измеряли площадь во-кругосудистых пространств. Для получения статистически достоверных результатов измерения осуществляли в 10 полях зрения. При помощи компьютерной программы по цитофотометрии рассчитывали площадь пространств Вирхова-Робена.

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

При изучении гистологических препаратов 7-недельных эмбрионов человека выявлено вставание кровеносных сосудов из мозговых оболочек (рисунок 1).

Вставание сосудов наблюдается одновременно в разных местах коры мозга перпендикулярно ее поверхности. В это же время начинает формироваться пограничная глиальная мембрана (ПГМ), которая обеспечивает анатомическую целостность мозга. На 8–9 неделях эмбриогенеза в мозговых оболочках продолжается активное формирование сосудов: венозных синусов, арахноидальных артерий и вен, пиального капиллярного сплетения, которое играет важнейшую роль в васкуляризации коры в эмбриогенезе и создании дренажной прелимфатической системы (рисунок 2).