

Учитывая тот факт, что размеры почек в норме неодинаковы у пациентов с различной конституцией и патологией, большей диагностической ценностью является расчет их объема. Наши исследования показали, что объем левой почки у исследуемых оказался несколько больше объема правой почки (таблица 2).

Таблица 2 — Морфофункциональные показатели почек у здоровых мужчин призывного возраста

Группа	Размеры правой почки, (M ± m)			Размеры левой почки в см, (M ± m)		
	длина	ширина	толщина	длина	ширина	толщина
1. Линейные размеры в см, (min-max)	11,22 ± 0,78 (9,4-13,8)	4,35 ± 0,52 (3-5,9)	4,62 ± 0,5 (4,4-4,9)	11,3 ± 0,79 (9,3-13,3)	4,73 ± 0,52 (3,2-5,8)	4,51 ± 0,50 (4,3-4,8)
2. Объем почки в см ³	119,5 ± 8,38			126,8 ± 10,14		

Выводы

1. Врожденные аномалии развития почек в структуре обследованных пациентов составили 63 %. Наибольшее количество среди выявленных патологий составили аномалии положения почки (нефроптоз и дистопия) — 55,47 % и врожденные гидронефрозы — 13,67 %.

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.

ЛИТЕРАТУРА

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

УДК 616.832.17-073.756.8:616.711.6-009.7

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ КОНСКОГО ХВОСТА ПАЦИЕНТОВ С БОЛЯМИ В ПОЯСНИЦЕ

Скоблик В. Р., Лабушева А. А.

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

Учреждение образования

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

Введение

Боли в пояснице являются одной из самых распространенных причин, по которым пациенты обращаются к врачу. Данные боли требуют особого подхода и тщательного изучения, поскольку генез подобных патологий весьма вариативен. Это дает основание относить их к мультидисциплинарным: наравне с ортопедическими, травматологическими и ревматологическими подходами большую роль следует отнести и к неврологическим [1].

Каждая из структур поясничного и крестцового отделов: кости и суставы, мышцы и связки, кровеносные сосуды и нервы — все это может являться причиной иррадиации болей в различные области спины, включая поясницу. Это может вызвать трудности при постановке заключения, следовательно, следует провести комплексное обследование пациента, чтобы исключить все возможные варианты. В связи с этим даже самые современные диагностические устройства не всегда с точностью ставят диагноз.

Многие исследователи отмечают, что ежегодно с жалобами на боли в пояснице обращаются 40–80 % пациентов трудоспособного возраста [2]. При этом у четвертой части из них острая боль переходит в хроническую. Также встает вопрос о дорогостоящих лекарствах: цены на препараты для лечения спинных болей в 2–3 раза больше, чем на медикаменты для лечения онкозаболеваний.

Актуальность данной темы заключается в том, что проблема спинных болей все еще является недостаточно изученной и целесообразно проводить дальнейшие исследования в данной сфере.

Цель

Провести сравнительный анализ медицинских карт стационарных пациентов с болями в пояснице; выявить отличительные особенности проявлений синдрома конского хвоста, а также предложить комплекс мер профилактики, способствующий облегчению болей в пояснице.

Материал и методы исследования

Изучено 20 медицинских карт стационарных пациентов, которые имеют нарушения в поясничном отделе позвоночника (синдром конского хвоста, остеохондроз, стеноз позвоночного канала, грыжи межпозвонковых дисков, переломы тел позвонков).

Чтобы достоверно выявить отличительные особенности проявлений синдрома конского хвоста (СКХ), мы разделили больных на 2 группы: с СКХ — Гр. 1 (n = 10), с вышеуказанными патологиями, но без СКХ — Гр. 2 (n = 10). Возрастной диапазон составил 47–68 лет (средний возраст — $58,27 \pm 2,43$). Среди них было 9 мужчин и 11 женщин.

Анализ МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночного столба проводили с помощью программы RadiAnt DICOM viewer.

Статистическая обработка данных проводилась при помощи программы «Microsoft Excel 2013». При сравнении групп использовали непараметрический критерий χ^2 Пирсона. Результаты анализа считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Конский хвост — массивный пучок нервов, расположенный внизу спинного мозга (СМ). При компрессии или повреждении нервных корешков на каудальном конце СМ развивается синдром конского хвоста [3]. Мы проанализировали медицинские карты пациентов, в которых был поставлен данный диагноз. МРТ поясничного отдела пациентов с данной патологией представлены на рисунке 1.

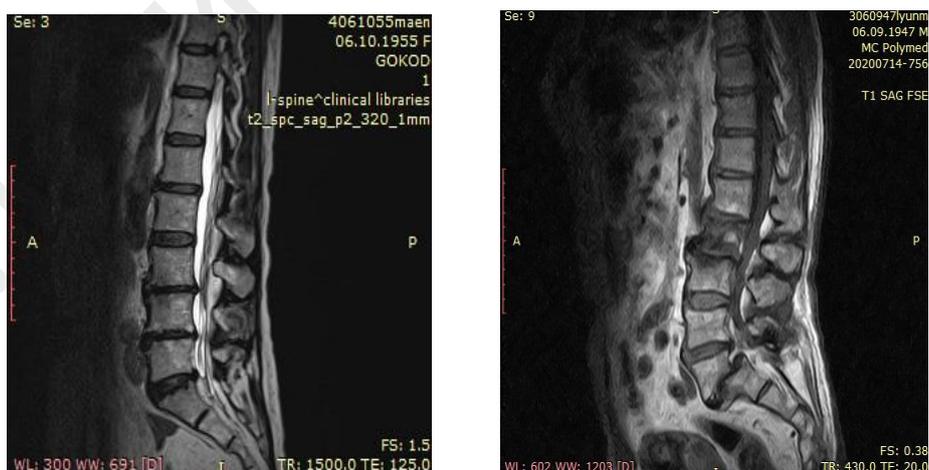


Рисунок 1 — МРТ пациентов с синдромом конского хвоста

Данная выборка обследуемых (независимо от группы) не имела статистически значимых различий в анамнезе по возрасту, полу, ИМТ, отдельным факторам риска, длительности выявленных патологий ($p > 0,05$).

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 межпозвонковых 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 ягодицах, 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. Дриотинов [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