

### **Выводы**

1. Слизистая оболочка луковицы двенадцатиперстной кишки у детей характеризуется неоднородностью рельефа, наличием разнонаправленных складок и четкой выраженностью границы со слизистой желудка (пилорической заслонки).

2. В нисходящей, горизонтальной и восходящей частях двенадцатиперстной кишки общей закономерностью построения рельефа слизистой оболочки является наличие на медиальной стенке отчетливо определяемой линии «сгущения» поперечных складок: они становятся более узкими и высокими и располагаются в непосредственной близости друг от друга.

3. Не во всех из рассмотренных случаев определяется продольная складка в нисходящей части. При ее наличии она имеет форму короткого валикообразного возвышения слизистой оболочки.

4. Во всех случаях устье БДС снабжено тонкой продольной складкой (уздечкой), идущей в направлении тощей кишки с примыкающими к ней 8–9 поперечными складками. Локализация уздечки соответствует линии «сгущения» складок на медиальной стенке. Дистальный конец уздечки непосредственно продолжается в поперечную складку, распространяющуюся на переднюю стенку двенадцатиперстной кишки.

5. У детей старше 2-х лет парапапиллярная область сверху и снизу ограничена выраженными поперечными складками, в результате чего БДС погружен в углубление на медиальной стенке нисходящей части двенадцатиперстной кишки. Возможно, это создает морфологические предпосылки его антирефлюксной защиты.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Маев, И. В.* Болезни двенадцатиперстной кишки / И. В. Маев, А. А. Самсонов. — М.: МЕДпресс-информ, 2005. — 512 с.
2. *Меджидов, Р. Т.* Анатомо-функциональное состояние двенадцатиперстной кишки и его значение в реализации трансдуоденальных вмешательств / Р. Т. Меджидов, М. А. Алиев, З. Р. Хабибулаева // Омский науч. вестник. — 2005. — № 2. — С. 78–83.
3. *Мурасов, В. В.* Анатомо-функциональные особенности двенадцатиперстной кишки по данным эндоскопического метода исследования: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.02 / В. В. Мурасов. — Новосибирск, 2007. — 15 с.

**УДК 616.711.6-089**

## **ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ КОНФИГУРАЦИЯ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА В ДИНАМИКЕ ПРИ УКЛАДКЕ НА ОПЕРАЦИОННОМ СТОЛЕ ДЛЯ ПОЯСНИЧНОЙ ДИСКЭКТОМИИ**

**Коваленко Д. С.**

**Научный руководитель: доцент, к.м.н. М. В. Олизарович**

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

### **Введение**

Хирургическое лечение грыж межпозвонковых дисков, как правило, осуществляется в положении лежа на животе [1,2]. При этом для уменьшения лордоза используют сгибание ног пациента в тазобедренных суставах [1,2]. Угол сгибания ног подбирается визуально, что не всегда дает нужную укладку. Выявления взаимосвязи величины сгибания ног и степени уплощения поясничного отдела позвоночника позволит проводить укладку на операционном столе более точно.

### **Цель исследования**

Анализ ортопедических изменений в поясничном отделе позвоночника в положении на операционном столе при дискэктомии.

### **Методы исследования**

Проведены измерения и анализ историй болезни 32 пациентов с дискогенными поясничными радикулитами, оперированных в 2011 г. в нейрохирургическом отделении УГОКБ. Проанализированы следующие показатели: половозрастная структура пациентов, выраженность симптомов натяжения и угол лордозирования поясничного отдела позвоночника. С помощью угломера на пациентах проведено измерение угла поясничного лордоза на уровне линии, соединяющей ости подвздошных костей, при различном угле сгибания ног в тазобедренных суставах.

### **Результаты исследования**

Половозрастная характеристика пациентов

Сбор данных проведен согласно общепринятого деления по возрасту. Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Распределение больных по возрасту и полу в основной группе

Возраст, лет	Количество больных, n = 32	%	Пол			
			женский	%	мужской	%
20–29	1	3,1	1	3,1	0	0
30–39	9	28,1	5	15,6	4	12,5
40–49	12	37,5	4	12,5	8	25,0
50–59	10	31,3	2	6,3	8	25,0
Всего	32	100,0	12	37,5	20	62,5

Как следует из таблицы 1, в исследованной группе преобладали мужчины (20 человек (чел.) — 62,5 %). По возрасту — лица трудоспособного возраста от 40 до 59 лет (22 чел. — 68,7 %).

### **Клинические данные**

Клиническим маркером болевого синдрома у данной категории больных выступают симптомы натяжения. Нами изучен симптом Ласега, как наиболее показательный. Его выраженность представлена в таблице 2.

Таблица 2 — Выраженность симптомов натяжения

Степень выраженности	Число случаев	
	n	%
Отсутствуют	5	15,6
Слабо выраженный 46–70°	9	28,1
Выраженный 31–45°	13	40,7
Резко выраженный менее 30°	5	15,6

По данным таблицы 2, у большинства пациентов симптомы натяжения были выражены (13 чел. — 40,6 %). Отсутствовал симптом Ласега в 5 (16,6 %) случаях.

Результаты измерения угла лордоза в поясничном отделе позвоночника

Измерения угла лордоза проведено в динамике с различным углом сгибания ног в тазобедренных суставах. Данные в положении пациента на животе с разогнутыми (прямыми) ногами представлены в таблице 3.

Согласно полученным данным, у половины пациентов при разогнутых ногах величина лордоза находилась в диапазоне 151–160° (16 чел. — 50 %).

Таблица 3 — Величина поясничного лордоза при разогнутых ногах

Величина лордоза	Число случаев	
	n	%
До 140°	1	3,1
141–150°	9	28,1
151–160°	16	50,0
Более 161°	6	18,8

Величина лордоза в положении пациента с согнутыми ногами в тазобедренных суставах на 30° указана в таблице 4.

Таблица 4 — Угол лордоза при сгибании ног на 30°

Степень выраженности	Число случаев	
	n	%
141–150°	2	6,2
151–160°	6	18,8
161–170°	16	50,0
Более 171°	8	25,0

По данным измерения установлено, что угол сгибания ног в 30° у большинства пациентов недостаточен для хирургической укладки. Сохранили лордоз (угол менее 170° в поясничном отделе позвоночника) 75,0% пациентов.

Данные измерения лордоза при сгибании ног до угла 45° представлены в таблице 5.

Таблица 5 — Поясничный лордоз при угле сгибания ног 45°

Степень выраженности	Число случаев	
	n	%
141–150°	1	3,1
151–160°	2	6,2
161–170°	10	31,3
Более 171°	19	59,4

Как следует из таблицы 5, сгибание ног в тазобедренных суставах до угла 45° обеспечивает адекватную хирургическую укладку для поясничной дискэктомии. У большинства пациентов произошло уплощение лордоза с углом в поясничном отделе позвоночника более 171° (19 чел. — 59,4 %).

#### **Выводы**

1. У половины пациентов исследованной группы в положении на операционном столе на животе при разогнутых ногах величина лордоза поясничного отдела позвоночника находилась в диапазоне 151–160°.

2. Сгибание ног в тазобедренных суставах до угла 30° не достаточно для адекватной хирургической укладки при поясничной дискэктомии.

3. Угол сгибания ног 45° обеспечивает у большинства пациентов (59,4 %) необходимое для вмешательства уплощение лордоза.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Берснев, В. П. Хирургия позвоночника, спинного мозга и периферических нервов / В. П. Берснев, Е. А. Давыдов, Е. Н. Кондаков. — СПб.: Специальная литература, 1998. — 368 с.
2. Аганесов, А. Г. Десятилетний опыт применения микрохирургической дискэктомии / А. Г. Аганесов, Х. А. Мусалатов // Вест. травм. и ортопед. — 2002. — № 3. — С. 21–25.

УДК 618.177+616.697]:618.177-089.888.11

## **ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ РЕПРОДУКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ КАК МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНСКОГО И МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ**

**Коваленко Т. И.**

**Научный руководитель: старший преподаватель кафедры общественного здоровья и здравоохранения Л. Г. Соболева**

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

#### **Введение**

По статистике Министерства здравоохранения Республики Беларусь, в 2010 г. в нашей стране бесплодие было зарегистрировано у 11 275 женщин в возрасте старше 18 лет,