

диагностических изображений позволило в кратчайшие сроки установить поражение легких, вызванных инфекцией COVID-19. Данное качество имеет большое преимущество при работе в красной зоне и позволяет на первом уровне визуализации уже в условиях амбулаторно-поликлинического звена совместно с врачом-клиницистом выявлять изменения в легких, характерные для COVID-19 инфекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дейнего, В. Н. Гигиена зрения при светодиодном освещении. Современные научные представления / В. Н. Дейнего, В. А. Капцов // Гигиена и санитария. — № 5. — М.: Медицина, 2014. — С. 54–58.
2. Лучевая диагностика коронавирусной болезни (COVID-19): организация, методология, интерпретация результатов: препринт № ЦДТ – 2020 – I. Версия 2 от 17.04.2020 / С. П. Морозов [и др.] // Серия «Лучшие практики лучевой и инструментальной диагностики». — Вып. 65. — М.: ГБУЗ «НКПЦ ДиТ ДЗМ», 2020. — 78 с.
3. Световые изменения. Значения относительной спектральной световой эффективности монохроматического излучения для дневного света. — Взамен ГОСТ 11093-64; введ. 01.01.1981. — М.: Изд-во стандартов, 1979. — 8 с.
4. Corellation of Chest CT and RT-PCR Testing in Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in China: A report of 1014 Cases / Ai T. [et al.] // Radiology. — 2020. — 2000642.

УДК 616.728.13-073.756.8

МСКТ-ОРИЕНТИРЫ ЗОН ЭНТЕЗОВ ПОДВЗДОШНО-ПОЯСНИЧНЫХ СВЯЗОК ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ БЛОКАДЫ ПОД СОНОГРАФИЧЕСКИМ КОНТРОЛЕМ

Савва К., Ковалёв А. Ч.

Научный руководитель: к.м.н. И. В. Назаренко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

«Белорусский государственный медицинский университет»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Лигамент-индуцированный синдром боли в нижней части спины входит в группу дегенеративно-дистрофических люмбо-сакральных дорсопатий. Чаще всего причиной люмбо-сакральных дорсопатий является лигаментоз подвздошно-поясничной связки (по разным данным инцидентность этой патологии у пациентов с дорсопатиями составляет 11,9–43 % случаев) [1].

Диагностика лигаментоза подвздошно-поясничной связки (ППС) основывается на выявлении изменений их контуров, структуры, толщины/объема, изменений костной ткани (остеопороз, остеосклероз, периостальная реакция) в зоне энтезов [2]. Перечисленные признаки обладают хорошей чувствительностью, специфичностью и прогностической ценностью [3], однако их применимость ограничена у пациентов с избыточной массой тела, отсюда и необходимость в проведении диагностических блокад.

Есть проблема, заключающаяся в том, что отсутствуют четкие топографические ориентиры, способные обеспечить адресное введение анестетика в область латерального энтеза (то есть, именно в то место, где отмечается максимальная концентрация ноцицепторов). Отсюда и необходимость их разработки.

Цель

Определить точку наиболее вероятного расположения зоны энтеза подвздошно-поясничной связки относительно срединной линии.

Материал и методы исследования

Для достижения поставленной цели было определено расстояние от срединной линии (уровень остистого отростка L5) до места прикрепления ППС к дорсовентральной части крыла подвздошной кости (т. е. до зоны латерального энтеза) у

30 пациентов, имевших клинические проявления люмбо-сакральных дорсо-патий (возраст обследованных пациентов составил 60 лет (95 % ДИ (47,3; 71,0)).

Измерения производились на МСКТ сканах (аксиальные и коронарные плоскости сканирования), полученных на 80-срезовом рентгеновском компьютерном томографе — Toshiba Aquilion Lightning (клиническая база — учреждение «Гомельский областной клинический онкологический диспансер»). Измерения производились двумя операторами независимо друг от друга по единой схеме.

Группировка пациентов по возрасту и индексу массы тела (ИМТ) проводилась согласно рекомендациям ВОЗ [4].

Статистический анализ проводился с помощью пакета прикладных программ IBM SPSS Statistics, Version 20. Оценка нормальности распределения признаков проводилась с использованием критерия Шапиро-Уилка. В случае распределения количественных показателей, отличавшегося от нормального, данные представлялись в виде медианы 5-го и 90-го перцентилей (Me 95 % ДИ (5–90 %)). Для оценки статистической значимости различий сравниваемых показателей использовался t-критерий Стьюдента и U-тест Манна — Уитни. Для оценки силы взаимосвязи признаков вычислялся коэффициент ранговой корреляции по Спирмену. За уровень статистической значимости принимался $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Расстояние справа до зоны энтеза составило 69,0 мм (95% ДИ 66–73,1), слева — 67 мм (95 % ДИ (64–72,3)). Наглядно это представлено на рисунке 1.

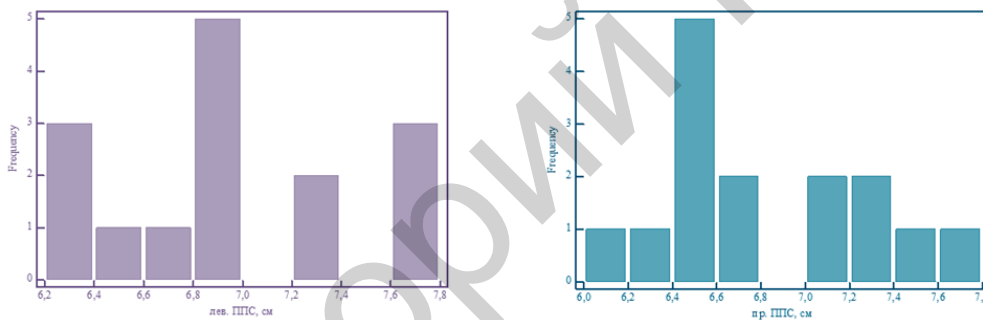


Рисунок 1 — Гистограммы инцидентности различных вариантов отстояния зон энтезов ППС от срединной линии: Var. 1 — левая ППС, Var. 2 — правая ППС ($p = 0,66$)

Как следует из данных, представленных на рисунке 1, между параметрами правой и левой стороны (то есть расстоянием от срединной линии до зоны энтеза ППС) имеются некоторые различия, которые, как выяснилось, не были статистически значимыми ($p > 0,05$). Не было статистически значимых различий между указанными параметрами у мужчин и женщин ($p > 0,05$). Наглядно это представлено на рисунке 2.

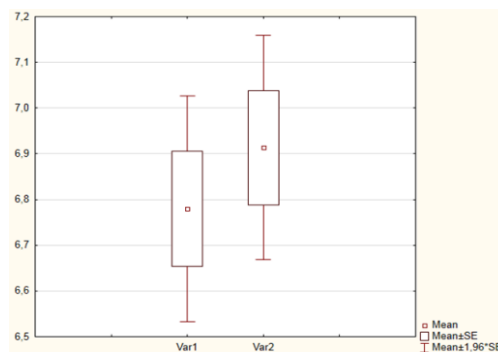


Рисунок 2 — Сопоставление расстояний от срединной линии до зоны энтеза ППС у мужчин и женщин: Var. 1 — правая ППС, Var. 2 — левая ППС ($p > 0,05$)

Оценка силы взаимосвязи между возрастом и расстоянием от срединной линии и энтезами ППС не выявила статистически значимой корреляции: коэффициент корреляции оказался на уровне 0,12 ($p = 0,66$). Аналогичный результат был получен и при оценке силы взаимосвязи расстояния от срединной линии до энтезов и индексом массы тела (ИМТ) ППС. И то, и другое с практической точки зрения означает только одно: расстояние от срединной линии до зоны энтезов не является ни ИМТ-, ни возраст-зависимым показателем. А значит может использоваться во все возрастные периоды вне зависимости от того, на какой стороне осуществляется блокада.

Выводы

Расстояние 68 мм (95 % ДИ (65; 70,8)) от срединной линии до точки, расположенной на крыле подвздошной кости, с высокой вероятностью соответствует месторасположению зоны энтеза ППС.

Указанный параметр может с уверенностью использоваться как ориентир для адресного введения анестетика после завершения формирования осевого скелета, причем, вне зависимости от величины индекса массы тела.

ЛИТЕРАТУРА

1. Юрковский, А. М. Диагностическая блокада под сонографическим контролем при пояснично-крестцовых лигаментозах / А. М. Юрковский, И. В. Назаренко, С. Л. Ачинович // Проблемы здоровья и экологии. — 2020. — № 2. — С. 57–63.
2. Михайлов, А. Н. Алгоритм лучевой диагностики дистрофических поражений связок пояснично-крестцового отдела позвоночника при синдроме боли в нижней части спины: возможности сонографии / А. Н. Михайлов, А. М. Юрковский, И. В. Назаренко // Проблемы здоровья и экологии. — 2018. — № 4. — С. 109–114.
3. Юрковский, А. М. Сонография в диагностике синдрома боли в нижней части спины / А. М. Юрковский, И. В. Назаренко // Здоровоохранение. — 2018. — № 11. — С. 50–54.
4. World Health Organization. Physical status: The use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO expert committee. (WHO technical report series no. 854). — Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1995. — P. 329–330.

УДК 616.3-003.6-07-08

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ИНОРОДНЫХ ТЕЛ В ВЕРХНЕЙ ЧАСТИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Хлюпина А. А.

Научный руководитель: ассистент Е. С. Зарецкая

**Учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь**

Введение

Частой проблемой в хирургии являются инородные тела, которые случайно или умышленно проглатываются больными и локализуются в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ) [1]. При этом основное внимание авторы публикаций уделяют осложнениям инородных тел и методам эндоскопического их извлечения или оперативного лечения [2]. Вне поля зрения исследователей остаются вопросы лучевой диагностики инородных тел пищевода (ИТП) и основных жалоб пациентов.

Цель

Изучить основные жалобы пациентов с ИТП и методы лучевой диагностики, применяемые в УЗ «Гродненская университетская клиника» и выяснить их эффективность.

Материал и методы исследования

Материалом послужили истории болезней 18 пациентов УЗ «Гродненская университетская клиника» в период с 2015 по 2019 гг. Данные обработаны с помощью пакета программ «Statistica» 10.0.