

ется тенденция зависимости частоты удлинения от возраста пациента. Удлинение QT наблюдалось у пациентов старше 65 лет в 26,7 % случаев, $p < 0,05$.

Анализ влияния коморбидной патологии у пациентов с ОНМК на удлинение интервала QT, показал, что удлинение интервала QT у пациентов с ОНМК и АГ наблюдалось в 34,4 % случаев, у пациентов с ОНМК и СД в 6,7 % случаев. Наличие АГ и СД достоверно не влияет на удлинение интервала QT.

Таким образом, у пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения возникает необходимость динамического наблюдения длительности интервала QT по ЭКГ (выполнение ЭКГ каждые 3 дня), контроль электролитного состава крови (K^+ , Na^+), т.к. изменения содержания K^+ приводят к изменению интервала QT. Осуществление контроля медикаментозного лечения (исключение препаратов, удлиняющих интервал QT, например, антибактериальные средства макролидного ряда).

Выводы

На основании проведенного исследования можно выделить группу пациентов с ОНМК, у которых в большей степени вероятно увеличение продолжительности интервала QT. Чаще всего удлинение интервала QT возникает у пациентов с атеротромботическим нарушением мозгового кровообращения (26,7 %), лиц пенсионного возраста, старше 65 лет (26,7 %).

ЛИТЕРАТУРА

1. *Остроумова, О. Д.* Удлинение QT / О. Д. Остроумова // Регулярные выпуски «РМЖ». — № 18 от 14.09.2001. — 750 с.
2. *Широков, Е. А.* Инсульт, инфаркт, внезапная смерть: теория сосудистых катастроф / Е. А. Широков. — М.: РГГУ, 2010. — 238 с.
3. *Самохвалова, Е. В.* Вариабельность сердечного ритма у больных с острым ишемическим инсультом и хронической сердечной недостаточностью / Е. В. Самохвалова, Л. А. Гераскина, А. В. Фоякин. — М.: ИЛ, 2012. — 284 с.

УДК 616.833.58-073.43-073.75

СРЕДНИЕ ЯГОДИЧНЫЕ НЕРВЫ: ПОВЕРХНОСТНЫЕ И СОНОГРАФИЧЕСКИЕ ОРИЕНТИРЫ

Костючков А. Н., Хидджаз Н. Р.

Научный руководитель: Е. И. Письменникова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Одной из причин возникновения синдрома боли в нижней части спины (синдрома БНЧС) является нейропатия средних ягодичных нервов, формирующихся из боковых ответвлений заднего крестцового сплетения [1]. Достоверных данных относительно инцидентности указанной патологии нет. Что ожидаемо, поскольку нет ни физикальных, ни лучевых критериев, позволяющих с уверенностью ее диагностировать. Отсюда и необходимость в проведении диагностических блокад [2, 3]. Однако с применением последних также есть проблемы, поскольку нет ни надежных поверхностных ориентиров, позволяющих с уверенностью локализовать место выхода средних ягодичных нервов, ни надежных способов их сонографической идентификации [3].

Именно исходя из вышеизложенного и возникает необходимость в разработке соответствующих ориентиров.

Цель

Разработать удобные для применения в широкой клинической практике поверхностные ориентиры, позволяющие, при необходимости блокады, определять место выхода среднего ягодичного нерва.

Материал и методы исследования

В исследование были включены результаты морфологических (5 трупов) и сонографических исследований (15 мужчин и 15 женщин в возрастном диапазоне 18–24 года).

Секционные исследования проводились на базе патоморфологического отделения УЗ «ГОКОД» (определялись топографические ориентиры и их надежность). Сонографические исследования производились на базе курса лучевой диагностики и лучевой терапии УО «ГГМУ» (сонография проводилась на аппарате Mindrey-7 с использованием датчиков с рабочим диапазоном частот 5–8 МГц). Морфометрия проводилась двумя операторами независимо друг от друга. Измерялись следующие параметры: расстояние от месторасположения среднего ягодичного нерва до задней верхней ости подвздошной кости, расстояние от месторасположения среднего ягодичного нерва до срединной линии, глубина залегания верхнего ягодичного нерва.

Статистический анализ. Оценка нормальности распределения признаков проводилась с использованием критерия Шапиро-Уилка. В случае распределения количественных показателей, отличавшегося от нормального, данные представлялись в виде медианы 25-го и 75-го перцентилей (Me 25–75 %), при нормальном распределении признаков — в виде среднего арифметического и стандартного отклонения среднего арифметического ($M \pm SD$). Для сравнения морфометрических параметров использовался U-тест Манна — Уитни. Для оценки взаимосвязи признаков использовался метод Спирмена. За уровень статистической значимости принимался $p < 0,05$. Для оценки чувствительности и специфичности применялся ROC-анализ.

Результаты исследования и их обсуждение

Секционные данные. Средний ягодичный нерв является чисто сенсорным нервом и формируется из латеральных ответвлений (S1–S4) заднего крестцового сплетения, проходящих в компартменте под задней длинной крестцово-подвздошной связкой [1, 2, 3] или, как вариант — непосредственно через заднюю длинную крестцово-подвздошную связку (в 16 % случаев) [4]. В нашем исследовании последний вариант выявлен не был. Возможно это обусловлено небольшим объемом секционного материала.

Расстояние от среднего ягодичного нерва до задней верхней ости подвздошной кости составило 29 (13,4; 45,2) мм, а расстояние до срединной линии — 33,1 (25,2; 41,5) мм. То есть диапазон значений, который был получен нами, оказался менее широким, нежели тот, который был получен другими авторами (так, например, согласно данным Konno et al. расстояние от места выхода среднего ягодичного нерва до срединной линии и задней верхней ости подвздошной кости составило 23,5–45,2 мм и 9,1–53,7 мм соответственно) [4]. Что касается глубины залегания нерва, этот показатель по нашим данным был в пределах 36,4 (35; 40,9) мм. Каких-либо данных пригодных для сравнения с нашими данными в ресурсах PubMed и информационного портала eLIBRARY.RU найдено не было. Оценка Взаимосвязи вышеуказанных показателей с возрастом не выявлено.

Данные сонографии.

Расстояние от среднего ягодичного нерва до задней верхней ости подвздошной кости составило 32,3 (11,2; 43,3) мм, а расстояние до срединной линии — 35,1 (27,1; 46,2) мм. Глубина залегания нерва по данным сонографии была у женщин 38,4 (34,7; 42,5) мм, у мужчин — 41,1 (37,1; 46). Статистически значимых различий между глубиной залегания нерва у мужчин и женщин выявлено не было ($p = 0,09$). Не было выявлено и статистически значимых различий справа и слева ($p = 0,26$).

Что касается ИМТ, то у мужчин взаимосвязи между глубиной залегания нерва и указанным показателем выявлено не было ($R = 0,14$, $p > 0,05$). Однако у женщин, напротив, такая зависимость была выявлена ($R = 0,60$, $p < 0,05$).

Проверка надежности полученных ориентиров на секционном материале ($n = 5$) Адресность введения красителя (2 мл 1 % спиртового раствора метиленового синего) с использованием вышеуказанных ориентиров оценивалась во время секции. Результаты оценки прогностической ценности использовавшейся методики (AUC — 0,88, $p = 0,001$) приведены ниже на рисунке 1.

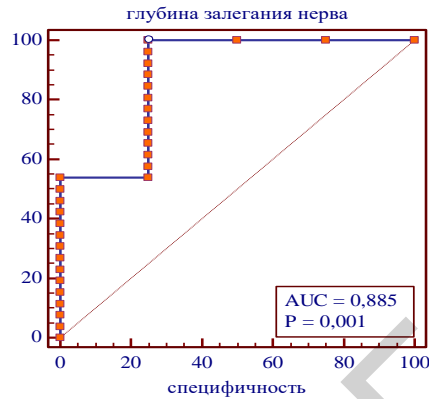


Рисунок 1 — AUC. Оценка прогностической ценности разработанных ориентиров (при секционном исследовании)

Выводы

Полученные в результате проведенного исследования ориентиры (точка, расположенная в 35 мм от срединной линии по горизонтали и 32 мм от задней верхней ости подвздошной кости по вертикали) могут использоваться для идентификации среднего ягодичного нерва при необходимости проведения диагностических блокад. Предварительные наши результаты требуют проведения дальнейших исследований.

ЛИТЕРАТУРА

1. Юрковский, А. М. Размеры компартамента под задней длинной крестцово-подвздошной связкой как фактор риска возникновения синдрома боли в нижней части спины: сонографические аспекты / А. М. Юрковский, А. А. Лапковский, А. И. Кушнеров // Променевая диагностика, променевая терапия. — 2018. — № 3-4. — С. 45-49.
2. Юрковский, А. М. Результаты диагностической блокады в области задней длинной крестцово-подвздошной связки под сонографическим контролем при синдроме боли в нижней части спины / А. М. Юрковский, И. В. Назаренко, С. А. Ачинович // Журнал ГрГМУ. — 2017. — № 5. — С. 516-520. — DOI: 10.25298/2221-8785-2017-15-5-516-520.
3. Юрковский, А. М. Нейропатия верхних и средних ягодичных нервов: методические аспекты диагностических блокад (обзор литературы) / А. М. Юрковский, И. В. Назаренко, А. С. Мельникова // Проблемы здоровья и экологии. — 2020. — № 4(66). — С. 5-10.
4. Anatomical study of middle cluneal nerve entrapment / T. Konno [et al.] // J. Pain Res. — 2017. — Vol. 10. — P. 1431-1435. — DOI: 10.2147/JPR.S135382.

УДК 616.34-002-036.12-073.75

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА

Листопад Д. И.

**Научные руководители: к.м.н. И. В. Назаренко;
д.м.н., доцент А. А. Калинин**

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

Введение

Воспалительные заболевания кишечника представляют собой хронический воспалительный процесс, который захватывает весь кишечник или часть желу-