

адным з заходніх раёнаў вобласці, дзе было адзначана, што сельскае насельніцтва прад'яўляе вялікія патрабаванні да культурна-асветнай работы, аднак “культура у нас запушчана”, “поэтому следует не ругать молодежь за то, что она посещает секты, церковь, а улучшить среди неё воспитательную работу, вовлечь ее в кружки художественной самодеятельности”.

Складаная праца сельскіх работнікаў культуры давала станоўчыя вынікі. Гэта можна праілюстраваць працай Стайкаўскай хаты-чытальні Косаўскага раёна Брэсцкай вобласці, якая стала “для молодежи любимым местом, где она проводит свое свободное время”, хаця раней моладзь неахвотна наведвала культурна-асветную ўстанову, бо “сказывалось присутствие в деревне религиозной секты”. У выніку, як адзначаў загадчык хаты-чытальні М. Гаўрылік, моладзь “пацягнулася” да ведаў і кніг, і хата-чытальня стала вядомым культурным цэнтрам Брэстчыны. Такім чынам, новую сацыялістычную культуру, у прыватнасці, у заходніх раёнах Беларусі, успрымала хутчэй маладое пакаленне, а не людзі старэйшага ўзросту, якія прытрымліваліся традыцыйна-рэлігійнага ўкладу жыцця. Нягледзячы на разгортванне наступлення на рэлігію, на 1 студзеня 1956 г. у БССР неслі службу 715 святароў, 37 дыяканаў. Закрыццё праваслаўных храмаў пакуль яшчэ не атрымала масавасці. З 971 царквы ў гарадах дзейнічалі 86, пасёлках гарадскога тыпу — 79, сельскай мясцовасці — 806. Аднак, у 25 раёнах адсутнічалі дзеючыя царквы, што не магло не рабіць пэўны ўплыў на стан рэлігійнасці беларускага грамадства.

Заклучэнне

Такім чынам, у першае пасляваеннае дзясяцігоддзе культурна-асветная работа ў адносінах да царквы вялася запаволена па прычынах недастатковага фінансавання, недахопу памяшканняў для правядзення работы і кваліфікаваных кадраў. Значную ролю адыгралі ляяльныя адносіны дзяржавы да царквы. Эфектыўнасць абслугоўвання зніжалася яшчэ і з прычыны недастатковай зацікаўленасці большай часткі сялян, акрамя моладзі, культурна-асветнымі мерапрыемствамі. Цяжкая праца ў асабістай гаспадарцы, на калгасных і саўгасных палетках патрабавала шмат часу, а невысокі агульнаадукацыйны ўзровень і традыцыйнасць у правядзенні вольнага часу сялян сярэдняга і пажылога ўзросту не спрыялі частаму наведванню культурных устаноў. Такім чынам, можна адзначыць, што ў пасляваенныя гады сельскае насельніцтва заставалася рэлігійным, асабліва ў заходніх абласцях Беларусі, — гэтаму спрыяла наяўнасць традыцый ў беларускай вёсцы.

ЛІТАРАТУРА

1. Дзяржаўны архіў Віцебскай вобласці (ДАВВ). — Фонд 1439. — Воп. 3. — С. 3.
2. ДАВВ. — Фонд 1439. — Воп. 13. — С. 64.
3. ДАВВ. — Фонд 4131. — Воп. 1. — С. 6.
4. ДАВВ. — Фонд 2806. — Воп. 1. — С. 20.
5. ДАВВ. — Фонд 4131. — Воп. 1. — С. 6.

УДК 616.75-007.17-076

ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ ДИСТРОФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПОДВЗДОШНО-ПОЯСНИЧНЫХ, КРЕСТЦОВО-ПОДВЗДОШНЫХ И КРЕСТЦОВО-БУГОРНЫХ СВЯЗОК ПОСРЕДСТВОМ БИОПСИИ: ВОЗМОЖНОСТИ МЕТОДА

Юрковский А. М.¹, Назаренко И. В.¹, Ачинович С. Л.²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение здравоохранения

«Гомельский областной клинический онкологический диспансер»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Возникновение синдрома боли в нижней части спины (СБНС) связывают с функциональными и дистрофическими изменениями опорно-двигательного аппарата. Структурами, потенциально способными (в случае их повреждения) инициировать боль, являются связки

пояснично-крестцового отдела позвоночника и, в частности, подвздошно-поясничные (ППС), задние длинные крестцово-подвздошные (ЗДКПС), крестцово-бугорные (КБС) [1–3]. Диагностика патологии указанных структур основывается на выявлении локальной болезненности (при пальпации и (или) провокационных тестах), а также структурных изменений на диагностических изображениях и получении положительного эффекта от введения в область расположения указанных связок раствора анестетика. Но проблема в том, что указанные диагностические критерии недостаточно надежны [4, 5]. Отсюда и необходимость в уточнении их диагностической значимости. Сделать же это возможно только при помощи соответствующих способов морфологической верификации.

Цель

Определение возможностей использования биопсии для оценки выраженности дистрофических изменений ППС, ЗДКПС и КБС.

Материал и методы исследования

Для достижения поставленной цели была проведена оценка выраженности дистрофических изменений в материале, полученном из одних и тех же связок при биопсии и во время секции. Для этого на первом этапе была выполнена биопсия и аутопсия ППС, ЗДКПС и КБС от 15 трупов: 8 мужчин (средний возраст $62 \pm 10,1$ лет) и 7 женщин (средний возраст $67,4 \pm 5,9$ лет). На втором этапе проводилось приготовление гистологических препаратов: осуществлялась стандартная процедура парафиновой проводки; срезы толщиной 4 мкм, которые затем окрашивались гематоксилин-эозином, проводилась ШИК-реакция, окраска толуидиновым синим и по Ван Гизону. Микроскопия гистологических препаратов проводилась в проходящем свете на большом увеличении ($\times 400$).

Оценка патогистологических изменений материала производилась двумя специалистами независимо друг от друга по следующим критериям: клетки фибростического дифференциала; межклеточное вещество; коллагеновые волокна; васкуляризация. Кроме того, вычислялся показатель ядерно-цитоплазматического отношения (ЯЦО) [10]. Статистический анализ осуществлялся при помощи пакета прикладных программ «IBM SPSS Statistics», 20.0.

Результаты исследования и их обсуждение

Дистрофические изменения разной степени выраженности были выявлены во всех образцах ППС, ЗДКПС и КБС. Итоговые оценки по шкале Bonag, полученные при анализе секционного материала в большинстве случаев оказались выше на 1 балл тех оценок, которые полученных при анализе биопсийного материала. Что касается остальных критериев, то значимых различий между секционными данными и данными биопсии отмечено не было.

Исходя из того, что количество биопсийного материала может оказаться очень незначительным, была оценена перспектива использования показателя ЯЦО для ориентировочной оценки выраженности дистрофических изменений ППС, ЗДКПС и КБС. В итоге оказалось, что по этому критерию также есть различия, а именно — средний показатель при оценке секционного материала оказался значимо выше, чем при оценке биоптата: $0,49 \pm 0,05$ и $0,43 \pm 0,0$, соответственно ($p = 0,0004$). Кроме того, количество выбросов показателей ЯЦО при оценке биопсийного материала было выше по сравнению с секционными данными. Поэтому не удивляет, что сила взаимосвязи между итоговыми оценками по шкале Bonag и показателями ЯЦО ППС была более выраженной при оценке секционных данных, нежели биопсийных: $R = 0,88$ ($p = 0,00001$) и $R = 0,48$ ($p = 0,05$), соответственно. То же наблюдалось и при оценке биоптата ЗДКПС и КБС.

Есть основания полагать, что вышеуказанные различия являются следствием неточной оценки по критерию «клетки фибростического дифференциала». Причина этого, скорее всего, кроется в особенностях окраски: при окраске гематоксилин-эозином на участках, где имеются спирально закрученные волокна, часть клеток оказывается в разных плоскостях, что приводит к тому, что и цитоплазма клеток, и волокна коллагена, окрашиваясь гематоксилин-эозином почти одинаково, утрачивают четкость контуров. Естественно, что это, при условии наличия незначительного количества материала, приводит к ошибкам в определении морфометрических показателей клеток. Это, во-первых. Во-вторых, биопсийный материал — это

материал, полученный с очень ограниченного участка связки, что в условиях неравномерности развития дистрофических изменений в разных отделах ППС, ЗДКПС и КБС может привести: либо к недооценке выраженности дистрофических изменений (например, при биопсии средней трети связок), либо к их переоценке (при биопсии латеральной трети ППС, проксимально трети ЗДКПС и дистальной трети КБС).

Таким образом, имеются определенные сложности с использованием биопсии для оценки выраженности дистрофических изменений ППС, ЗДКПС и КБС. Но в ситуации, когда других способов верификации изменений на диагностических изображениях не существует, биопсия остается единственным способом решить эту проблему. Все, что для этого нужно — это учесть вышеприведенные обстоятельства при интерпретации результатов.

Выводы:

1) биопсийный материал может использоваться для ориентировочной оценки выраженности дистрофических изменений ППС, ЗДКПС и КБС по критериям «межучточное вещество», «коллагеновые волокна» и «васкуляризация», поскольку по этим критериям вероятность несоответствия с секционными данными минимальная;

2) по критерию «клетки фибростического дифференца» оценка биопсийного материала с высокой вероятностью окажется ниже секционных данных на 1 балл, а потому это обстоятельство необходимо учитывать при интерпретации итогового показателя.

ЛИТЕРАТУРА

1. Юрковский, А. М. Возможности сонографии в оценке выраженности дистрофических изменений подвздошно-поясничной связки: сонографические и гистологические сопоставления (in vitro) / А. М. Юрковский, С. Л. Ачинович, А. И. Кушнеров // Военная медицина. — 2014. — № 4. — С. 66–69.
2. Михайлов, А. Н. Возможности сонографии в оценке выраженности дистрофических изменений задней длинной крестцово-подвздошной связки: сонографические и гистологические сопоставления (in vitro) / А. Н. Михайлов, А. М. Юрковский, С. Л. Ачинович // Известия НАН Беларуси (серия медицинских наук). — 2014. — № 4. — С. 9–13.
3. Юрковский, А. М. Дистрофические изменения крестцово-бугорной связки: сонографические и гистологические параллели (in vitro) / А. М. Юрковский, О. И. Аникеев, С. Л. Ачинович // Проблемы здоровья и экологии. — 2015. — № 3. — С. 33–37.
4. Юрковский, А. М. Экспертиза подвздошно-поясничной связки при синдроме боли в нижней части спины / А. М. Юрковский // Проблемы здоровья и экологии. — 2011. — № 3. — С. 106–110.
5. Назаренко, И. В. Лигаментоз задней длинной крестцово-подвздошной связки: нерешенные вопросы лучевой диагностики / И. В. Назаренко // Проблемы здоровья и экологии. — 2017. — № 2. — С. 4–7.

УДК 616.75-007.17-0539

ВОЗМОЖНОСТИ РАЗГРАНИЧЕНИЯ ВОЗРАСТ-ЗАВИСИМЫХ ДИСТРОФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ И ИЗМЕНЕНИЙ, ВОЗНИКШИХ ВСЛЕДСТВИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕГРУЗКИ ПОДВЗДОШНО-ПОЯСНИЧНЫХ, ЗАДНИХ ДЛИННЫХ КРЕСТЦОВО-ПОДВЗДОШНЫХ И КРЕСТЦОВО-БУГОРНЫХ СВЯЗОК

Юрковский А. М.¹, Назаренко И. В.¹, Ачинович С. Л.²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение

«Гомельский областной клинический онкологический диспансер»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Возникновение синдрома боли в нижней части спины связывают с функциональными и дистрофическими изменениями опорно-двигательного аппарата. К структурам, потенциально способным (в случае их перенапряжения и (или) повреждения) инициировать указанный синдром, относят связочный аппарат пояснично-крестцового отдела позвоночника и, в частности, подвздошно-поясничные связки (ППС), задние длинные крестцово-подвздошные связки (ЗДКПС) и крестцово-бугорные связки (КБС) [1–3].

Риск повреждения указанных связок зависит от степени выраженности имеющихся в них на момент перегрузки дистрофических изменений [4]. Фактором, в значительной мере