

3. Рожко, А.В. Медицинские последствия аварии на ЧАЭС в Республике Беларусь: 30 лет спустя/ А.В. Рожко [и др.] // Медико-биологические проблемы жизнедеятельности. – 2016. – №1. – С. 31-42.

4. Найда, В.Г. Обязательная специальная диспансеризация и динамическое наблюдение в медицинском обслуживании «Детей чернобыльцев»: недостатки и пути их исправления / В.Г. Найда // Вестн. СПб. гос. ун-та. Сер. 11. Медицина. – 2014. – №4. – С.179-185.

## **СОНОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗАДНЕЙ ДЛИННОЙ КРЕСТЦОВО-ПОДВЗДОШНОЙ СВЯЗКИ**

*Юрковский А.М., Назаренко И.В.*

*Гомельский государственный медицинский университет*

Возникновение синдрома боли в нижней части спины (синдрома БНЧС) связывают с функциональными и дистрофическими изменениями опорно-двигательного аппарата – в частности, с повреждением задней длинной крестцово-подвздошной связки (ЗДКПС) и/или сопредельных с ней структур. Признаки поражения указанной связки у пациентов с синдромом БНЧС – явление нередкое (до 44%) [1]. Однако на данный момент критерии, взаимосвязь которых с синдромом БНЧС не вызывала бы сомнений, отсутствуют.

Попытки использования с вышеуказанной целью таких критериев, как «утолщение связки» и «изменение структуры связки», привели к неоднозначным результатам, поскольку критерий «утолщение связки», как оказалось, ограниченно применим из-за отсутствия данных о нормальных значениях толщины связки, а критерий «изменение структуры связки» ограниченно применим у пожилых пациентов из-за отсутствия четких представлений относительно того, что именно считать возрастной нормой, а что – патологией (речь прежде всего идет об ассоциированных с возрастом дистрофических изменениях) [2, 3].

Следовательно, существует необходимость в систематизации материалов, посвященных диагностическим возможностям сонографии при лигаментопатии ЗДКПС.

**Цель работы:** оценить перспективы применения сонографии при ЗДКП-индуцированном синдроме БНЧС.

**Материал и методы:** публикации, содержащие информа-

цию о лучевых критериях, используемых для диагностики лигаментоза ЗДКПС.

### **Результаты и обсуждение.**

*Критерий «утолщение связки».* Сонография позволяет проводить корректную морфометрию ЗДКПС, что подтверждают результаты сопоставлений данных как секционных, так и полученных при УЗИ [3, 4]. Однако сама методика морфометрии до сих пор детально не проработана, а потому и результаты, полученные разными исследователями, не всегда сопоставимы.

*Критерий «изменение структуры связки».* Отмечен определенный параллелизм между гистопатологическими изменениями и выраженностью дистрофических изменений.

Так, при незначительно выраженных дистрофических изменениях определялся следующий эхопаттерн: сохранение фибриллярной текстуры, отсутствие гипоехогенных зон и кальцификатов в пределах связки. При этом гистологически выявлялось разделение отдельных волокон с сохранением целостности связки: у таких субъектов оценка по шкале *Bonar* обычно соответствовала 4–6 баллам.

При незначительно выраженных дистрофических изменениях определялся следующий эхопаттерн: отсутствие четкого отображения фибриллярной текстуры, неоднородность структуры с наличием гипоехогенных зон в пределах связки. Данному варианту соответствовали следующие гистологические данные: нарушение дифференцировки фибриллярных волокон, их разделение, округление ядер клеток фибробластического дифферона, наличие видимой цитоплазмы и наличие кровеносных сосудов между волокнами (у таких субъектов оценка по шкале *Bonar* обычно соответствовала 7–8 баллам).

При незначительно выраженных дистрофических изменениях определялся следующий эхопаттерн: смазанность фибриллярной текстуры связок, гипоехогенные зоны в ткани связки и кальцификаты. Данному варианту соответствовали следующие гистологические данные: исчезновение дифференцировки фибриллярных волокон, уменьшение количества клеток фибробластического дифферона, округление их ядер и наличие обильной цитоплазмы; кроме того, отмечалось наличие видимых кровеносных сосудов между волокнами (более 2 в 10 полях зрения). Оценка по шкале *Bonar* обычно

соответствовала 9–10 баллам [2, 3].

#### *Критерий «изменение костной ткани в зоне энтеза»*

Данный критерий является возраст-зависимым, т.е. как выраженность изменений, так и их инцидентность с возрастом повышаются, а потому его диагностическое значение у пациентов старше 60 лет невелико [6]. Что касается пациентов до 35 лет, то в этом возрастном периоде он может оказаться весьма полезным, поскольку перестройка костной ткани в зоне энтеза (речь в данном случае идет об остеопорозе, остеосклерозе и периостальной реакции) является косвенным признаком функциональной перегрузки ЗДКПС.

#### **Выводы:**

- сонография является методом, позволяющим выявлять ранние признаки лигаментоза ЗДКПС;
- сонография позволяет выявлять структурные изменения, предполагающие наличие функциональной перегрузки;
- отсутствие возрастных нормативов сдерживает применение сонографических морфометрических критериев для диагностики лигаментозов.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. The function of the long dorsal sacroiliac ligament its implication for understanding low back pain / A. Vleeming [et al.] // Spine. — 1996. — Vol. 21, №5. — P. 556–562.
2. Юрковский, А.М. Сопоставления сонографических и гистологических данных при дистрофических изменениях задней длинной крестцово-подвздошной связки / А.М. Юрковский, О.И. Аникеев, С.Л. Ачинович // Проблемы здоровья и экологии. — 2014. — №3. — С. 109-112.
3. Юрковский, А.М. Подвздошно-поясничные, задние длинные крестцово-подвздошные и крестцово-бугорные, связки в различные возрастные периоды: сонографические и гистологические сопоставления / А.М. Юрковский, С.Л. Ачинович, А.И. Кушнеров // Медицинский журнал. — 2015. — № 3. — С. 137-140.
4. Юрковский, А.М. Сонография задних крестцово-подвздошных связок: топографо-анатомические и методические аспекты / А.М. Юрковский, О.И. Аникеев, С.Л. Ачинович // Журнал ГрГМУ. — 2014. — № 3. — С.12-16.
5. Юрковский, А.М. Связки, ассоциированные с крестцово-подвздошным сочленением: анатомический базис для лучевого диагноста / А.М. Юрковский, С.Л. Ачинович, В.Я. Латышева // Проблемы здоровья и экологии. — 2013. — №4. — С. 67-72.
6. Юрковский, А.М. Дистрофические изменения подвздошно-

поясничных, задних длинных крестцово-подвздошных и крестцово-бугорных связок: сопоставление данных гистологических, сонографических и КТ исследований / А.М. Юрковский, Н.В. Бобович, И.В. Назаренко // «Актуальные вопросы лучевой диагностики (первый уровень визуализации)»: сб. науч. работ, посвященных 65-летию кафедры лучевой диагностики БелМАПО и 80-летию академика А.Н. Михайлова. — Минск: БелМАПО, 2016. — С. 185–189.

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОДЛЕННОЙ ГЕМОДИАФИЛЬТРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА**

*Якубцевич Р.Э., Горецкий В.В.*

*Гродненский государственный медицинский университет*

**Актуальность.** Острый панкреатит остается одной из основных проблем современной хирургии, даже несмотря на совершенствование наших знаний об этиологии и патогенезе данного процесса. Использование современных препаратов и методик не решает существующих проблем и не снижает частоту летальных исходов, которая составляет 25-35% [1,2]. Такое количество неблагоприятных исходов вызвано тяжелой эндогенной интоксикацией, что в свою очередь обуславливает развитие полиорганной недостаточности и септических осложнений [3]. Именно поэтому в интенсивной терапии стали широко использовать экстракорпоральную детоксикацию [4]. Между тем отсутствие единых подходов к выбору методики, длительности и сроков проведения не всегда дает необходимый результат [3]. В связи с этим требуется проведение дополнительных исследований в данной области.

**Цель.** Изучить эффективность использования продленной вено-венозной гемодиализации (CVVHDF) при лечении пациентов с полиорганной недостаточностью на фоне острого деструктивного панкреатита.

**Методы исследования.** В ретроспективный анализ было включено 59 пациентов с синдромом полиорганной недостаточности (СПОН), на фоне острого деструктивного панкреатита. Все они были разделены на две группы. В первую группу вошли 39