

теброгенные неврологические синдромы (ВНС). Среди них особенно значимыми являются неврологические проявления остеохондроза позвоночника (НПОП), составляющие 97,4% всей вертеброгенной патологии (Исаев Н.В., Дроздов Л.Н., 2003). В настоящее время считается, что остеохондроз позвоночника – мультифакторное заболевание, характеризующееся дистрофическим поражением позвоночнодвигательных сегментов и проявляющееся полиморфными неврологическими синдромами (Шмидт И.Р., 1992; Каменев Ю.К., 2004).

Цель исследования состояла в разработке и применении эффективного способа консервативного лечения НПОП в стадию ремиссии. Для решения поставленной цели было обследовано и пролечено более 450 больных с различными неврологическими проявлениями остеохондроза позвоночника (поясничного отдела) в возрасте от 19 до 67 лет. Больные находились на стационарном и амбулаторном лечении в санатории «Барнаульский». С целью устранения мышечного спазма и улучшения периферической гемодинамики использовали метод электропунктуры на аппарате «РЭФИ» (Россия). Для контроля результатов лечения применяли трансабдоминальное ультразвуковое исследование поясничного отдела позвоночника. При этом определяли несколько показателей: структуру межпозвоночных дисков (МПД), наличие протрузий МПД, особенности кровотока на уровне внутреннего вертебрального венозного сплетения поясничного отдела. Метод ультразвуковой диагностики привлекает неинвазивностью, полной безопасностью для пациентов и высокой точностью. Несомненные преимущества метода ультразвуковой диагностики способствуют активному направлению пациентов на исследования с целью выявления патологии позвоночника. Нами применялись собственные модификации метода ультразвуковой диагностики, разработанные на базе санатория «Барнаульский» - «Способ ультразвуковой диагностики дорзальных парамедианных грыж поясничных межпозвонковых дисков (ГПМД)» (получено решение о выдаче патентов на изобретение РФ).

Кроме того, всем больным проводилось неврологическое обследование (Богородинский Д.К. и др., 1977; Гусев Е.И. и др., 2000) и специальное вертеброневрологическое обследование по методике, разработанной Я.Ю.Попелянским и др. (1983) и Ф.А.Хабировым (1991). Оценивались тип, характер течения заболевания и стадия заболевания. Тип течения определялся частотой обострений, их длительностью, выраженностью клинических проявлений в период, предшествующий обострению и после такового, исходами обострений, полнотой и стойкостью ремиссий (Коган О.Г., 1988).

Как правило, пациенты были исследованы несколько раз. Первое исследование было проведено при обращении, перед началом лечения, второе исследование по окончании сеансов электропунктуры – через 10-14 дней, третье исследование – через 9-11 месяцев после проведения электро-пунктуры. В качестве субъективного контроля процесса проводимого лечения применяли тесты определения показателей явлений дискомфорта, при этом учитывалась ситуация, при которой возникали боли, а также степень их выраженности.

При проведении диагностических исследований у всех больных были выявлены различные сочетания патологических изменений: признаки дегенеративно-дистрофических изменений структуры МПД; признаки спондилеза, спондилоартроза; признаки протрузий и грыж МПД; признаки стеноза позвоночного канала за счет утолщения желтых связок, склеротических изменений или грыж МПД; признаки повышенного кровенаполнения переднего или заднего внутреннего позвоночного сплетения.

При анализе полученных результатов оказалось, что в результате проведенного лечения у 85-88% больных улучшилось субъективное и объективное состояние, объективно регистрируемое во время проведения второго исследования. Полученный положительный терапевтический эффект сохранялся у 70-80% больных при проведении третьего исследования.

Таким образом, мы считаем, что полученные результаты позволяют рекомендовать применение электропунктуры в комплексной терапии НПОП. Способ ультразвуковой диагностики позволяет обеспечить объективную диагностику патологии поясничного отдела позвоночника, в том числе при контрольных исследованиях.

## НОВЫЕ СПОСОБЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Ремнев А.Г., Олейников А.А.

Санаторий «Барнаульский»,

Алтайский краевой вертеброневрологический  
центр,  
Барнаул, Россия

Современные потребности клиники требуют более точного установления характера и выраженности патологического состояния на уровне поясничного отдела позвоночника для принятия решения о методах необходимого лечения. Поэтому работы по предложению новых способов диагностики продолжаются.

В 2008 г. на базе санатория «Барнаульский» были разработаны новые методы диагностики, в

том числе – методы диагностики и лечения патологии поясничного отдела позвоночника: «Способ ультразвуковой диагностики дорзальных парамедианных грыж поясничных межпозвонковых дисков (ГПМД)», «Способ лечения грыж поясничных межпозвонковых дисков» (получено решение о выдаче патентов на изобретение РФ, авторы Ремёев А.Г., Олейников А.А.).

Результаты нашей работы позволили нам выработать некоторые новые критерии объективной ультразвуковой диагностики дорзальных парамедианных грыж поясничных межпозвонковых дисков. Метод ультразвуковой диагностики привлекает неинвазивностью, полной безопасностью для пациентов и высокой точностью. Для исследований применяли ультразвуковой сканер Aloka SSD-4000 ProSound PHD, секторный датчик 2,5 -6,0 МГц. Сущность изобретения заключается в том, что при полипозиционном трансабдоминальном ультразвуковом сканировании в режиме реального времени, определяют переднезадний размер хорды окружности позвоночного канала справа и слева и рассчитывают величину асимметрии.

«Золотой стандарт диагностики» для диагностики ГПМД является метод (МРТ). Поэтому были определены чувствительность (*sensitivity*) и специфичность (*specificity*). Для этого исследовали 95 больных с патологией ПОП различного генеза в возрасте от 27 до 59 лет методом МРТ и новым авторским способом (АС). У 66 больных были диагностированы ГПМД при помощи АС. В то же время при МРТ эта патология была установлена в 69 случаях. Таким образом, чувствительность АС составила 95,7%, специфичность – 92,9% (2 случая ложноположительного и 3 случая ложно отрицательного результата при применении АС).

Сущность способа лечения грыж поясничных межпозвонковых дисков» заключается в том, что лечение грыж поясничных межпозвонковых дисков включает проведение медикаментозной противоболевой блокады и электрическую стимуляцию места введения анестетика импульсным электрическим током частотой 50 Гц, сила тока 10 -15 мА, длительность электрического импульса 0,2 мс, продолжительность процедуры 8-10 мин ежедневно, на курс лечения 10-12 процедур.

На протяжении 2007, 2008 и части 2009 годов при помощи этого способа были пролечены 327 больных с грыжами поясничных межпозвонковых дисков в возрасте от 21 до 69 лет. При обращении всем пациентам осуществлялось нейрорентгенологическое исследование (МРТ или компьютерная томография), 45 больным было проведено функциональное исследование – ЭНМГ. Кроме того, 274 больным было осуществлено ультразву-

ковое исследование поясничного отдела позвоночника на предмет выявления грыж поясничных межпозвонковых дисков. В клинической картине у больных преобладал болевой синдром различной степени выраженности, а также двигательные и чувствительные расстройства на уровне нижних конечностей. В результате проведенного лечения у большинства больных (77,4%) был достигнут стойкий выраженный (подтвержденный при дальнейших динамических исследованиях) положительный результат. У (12,9%) больных выраженность положительного эффекта была меньше, либо эффект лечения продолжался меньшее количество времени и требовалось проводить дополнительные курсы лечения. До 10% субъективно не отмечали улучшения, в то время как результаты контрольных исследований свидетельствовали об уменьшении выраженности грыжевого выпячивания.

Проведенное лечение большой группы больных не выявило случаи ухудшения состояния больных, как клинических, так и морфофункциональных.

Таким образом, предлагаемый диагностический способ позволяет обеспечить объективную диагностику дорзальных парамедианных грыж поясничных межпозвонковых дисков, установить точную локализацию патологического процесса, повысить качество исследования, а также обеспечить возможность установления контроля результатов лечения при наличии ГПМД. Кроме того, использование новых способов позволяет обеспечить лечение больных с ГПМД. Результатом этого лечения является устранение болевого синдрома, уменьшение объема грыжевого выпячивания, восстановление корешковой проводимости.

### **СУБЪЕКТИВНЫЕ ФАКТОРЫ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ОШИБОК В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ**

Рябков И.А., Томнюк Н.Д., Кембель В.Р.  
КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого,  
МУЗ «Городская клиническая больница № 6  
им. Н.С. Карповича»,  
Красноярск, Россия

Диагностика острых хирургических заболеваний органов брюшной полости постоянно находится под пристальным вниманием хирургов. Однако, количество ошибок в распознавании рассматриваемой патологии до настоящего времени не имеет тенденции к их снижению.

Общеизвестно, что ошибки в диагностике острого живота наблюдаются обычно при нетипичном течении заболеваний или недостаточно полно собранной информации, объективных сим-