

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-

птомов, а также результатов лабораторных и специализированных методов исследования. Кроме того, в процессе диагностики еще немаловажную роль играют элементы субъективизма, порой оказывающие влияние на решении тех или иных диагностических задач.

В данной работе разбираются некоторые факторы такого субъективизма, поскольку эти жизненные ситуации встречаются не так уж редко. Все примеры – это собственные наблюдения, взятые из многолетней практики с одной стороны, а с другой – подмеченные из постоянного общения с другими хирургами.

Рассмотрим некоторые наиболее распространенные из этих факторов.

В процессе диагностики, на наш взгляд, важную роль играет изначальное впечатление, которое складывается о больном при первом его осмотре. Нередко оно имеет место еще до осмотра на основе устного описания клинической картины коллегами или врачами других специальностей. Здесь нельзя не обратить внимание на то, что **фактор «первого впечатления»** касается в значительной мере более опытных хирургов. Опираясь на свой богатый опыт, они могут на основании лишь фрагментарных сведений быстро сформировать представление о больном.

При обсуждении диагностических ошибок преобладает стереотипный поход, при котором ведущее значение придается ретроспективной оценке данных.

При определенных обстоятельствах сложившееся первоначальное представление о больном в конечном итоге может не соответствовать действительности, и хирург, к сожалению, в данной ситуации в течение длительного времени находится под своеобразным давлением, которое оказывает на него неверное впечатление. Отказаться от ошибочного представления бывает значительно сложно и трудно, так как это в определенной мере задевает самолюбие хирурга как человека, его потенциальный статус.

Немаловажную роль в появлении ошибки в диагностике хирургических заболеваний органов брюшной полости играет **фактор «отрицания»**. Хирург без каких-либо веских причин сомневается в диагнозе, поставленном другими врачами. Это относится к категории врачей первого уровня: участковым, скорой помощи, районным хирургам. К сожалению, это недоверие имеет под собой определенное основание. Нам всем хорошо известно, что под «флагом острого живота» в стационаре доставляются больные, не имеющие ничего общего с данной патологией, или под этой маркой идут все боли, какие только могут быть в животе и грудной клетке. Примерами могут служить следующие случаи: в приемный по-

кой доставлен юноша 19 лет с диагнозом острого аппендицита, а при осмотре выяснилось, что последний удален в 5-летнем возрасте. Другой пример: больная 42 лет пожаловалась на боли в животе, одышку, высокую температуру. Боли в животе усиливались при дыхании, отмечался выраженный цианоз. Диагноз: острый живот (?), хотя у больной был кашель – мокрота с прожилками крови и т.д., а при аусcultации грудной клетки имеются разнокалиберные влажные хрипы. И таких примеров много. Подобная картина может наблюдаться и при других острых заболеваниях нехирургического профиля. Все это создает благоприятную почву для появления такого не очень доверительного отношения у хирургов к мнению других врачей.

В нередких случаях эти события имеют другой оттенок. В приемный покой доставляется больной действительно с правильно поставленным диагнозом, который под влиянием фактора «отрицания» отвергается. И больного длительное время наблюдают, а еще хуже – отпускают домой. Операируют уже на фоне тех или иных осложнений. Выясняется, что правильный диагноз был поставлен еще при первичном осмотре участковым врачом или врачом скорой помощи.

Конечно, клиническая картина острого заболевания претерпевает самые разнообразные изменения. В связи этим необходимо уметь соответствующим образом оценить взгляд любого врача, принимающего участие в судьбе больного.

Определенное значение в возникновении ошибок имеет **фактор «потери времени»**. При длительном наблюдении за больным с сомнительным диагнозом может снижаться острота восприятия и оценки клинических симптомов. На первый план выступают второстепенные симптомы или симптомы возможных осложнений, идет их гиперболизация, следовательно, недооценка основных. В подобных случаях желательно воспользоваться помощью опытных врачей-коллег, чей «свежий» взгляд поможет восстановить истину. Здесь, однако, следует избегать так называемого суггестивного воздействия, влияния старшего товарища, консультанта, имеющего информацию о больном, со сложившимся мнением до его осмотра, не отражающим истинного положения.

В хирургии, и особенно экстренной, имеет место такое понятие, как **«вероятность аналогии»** или **«закон парности»**.

Всем хирургам знакома такая ситуация, когда во время дежурства под наблюдением одновременно находится несколько больных с неуточненным диагнозом. Клиническая картина у них весьма схожая. Спустя какое-то время хирург решает вопрос об операции одного из таких «неясных»

больных. К примеру, удаляется измененный червеобразный отросток. Возникает совершенно очевидный вопрос: какую тактику избрать по отношению к больному, находящемуся под наблюдением. Решение в таком случае принимается в зависимости от характера операционной находки у больного. В подобных ситуациях хирург действует по принципу «вероятной аналогии». Учитывая то, что указанная тактика в определенной мере опирается на элементы теории вероятности, «парности случаев», в ряде наблюдений она имеет положительный результат, хотя так бывает не всегда.

Говоря о субъективных факторах, нельзя не упомянуть о неоправданной **гипердиагностике** в неотложной абдоминальной хирургии. Здесь идет речь о больных, у которых нельзя исключить и нельзя подтвердить острую патологию. Не желая «пропустить», хирурги предпринимают оперативное лечение в весьма сомнительных случаях. Как следствие такого положения – рост количества малооправданных, сомнительных операций. Примером может служить тот факт, что после обнаружения «катарального аппендицита» оператор проводит тщательную ревизию брюшной полости с целью выявления другой патологии из-за неуверенности в этом. В целом вопрос в правомерности диагноза представляется порой весьма деликатным. Не отрицая существования данной патологии, нельзя не отметить, что многие хирурги с определенным недоверием относятся к этому диагнозу. «Гипердиагностика» в ургентной хирургии позволяет иногда избежать фатальных по своим последствиям диагностических ошибок. Вместе с тем не следует забывать, что каждое « злоупотребление» ведет к ненужной операции и неблагоприятным образом оказывается на судьбе больного.

Среди других факторов не последнюю роль может сыграть и **усталость**, возникшая у хирурга в процессе дежурства; последняя сопровождается усилением элементов автоматизма при применении решения, что отрицательно оказывается на качестве диагностики.

Таким образом, подводя итоги по нашим наблюдениям, можно сказать, что распознавание острых хирургических заболеваний органов брюшной полости несет в себе значительные элементы субъективизма. Эти элементы всегда в той или иной степени имеют место в повседневной практике не только хирурга, но и врача любой специальности. Тщательный - не шаблонный анализ всего вышесказанного, может способствовать улучшению качества диагностики заболеваний, составляющих один из наиболее трудных разделов абдоминальной хирургии.

АНАЛИЗ ПРИЧИН НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ УЩЕМЛЕННЫХ ГРЫЖ И ПУТИ ИХ УЛУЧШЕНИЯ

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

Актуальность проблемы лечения ущемленных грыж, несмотря на многочисленные практические и теоретические разработки этого вопроса, не снижается. Значительное число послеоперационных осложнений и общая летальность (от 4 до 21%) свидетельствует о необходимости поиска улучшения этих показателей (Ю.Н.Махнюк, 1988, Б.И.Мирошников, 1988, В.Ф.Саенко и др. 2003).

К сожалению, бесспорного объяснения здесь найти трудно. Причиной этого, по-видимому, следует считать такие моменты, как методика отбора больных-грыженосителей, особенно пожилого и старческого возраста, к их плановому вмешательству, особенности предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных с ущемленными грыжами, дифференциальная диагностика невправимых и ущемленных грыж, а также компенсированную и декомпенсированную соматическую патологию.

Немаловажную роль играет компетенция хирургов, оперирующих ущемленную грыжу, а также тот факт, что послеоперационная летальность требует детального анализа и внимания к себе.

Целью нашей работы явились анализ результатов лечения и причин летальных исходов у больных с ущемленной грыжей, а также поиск путей их улучшения.

В основу исследования положен результат хирургического лечения 723 больных (2004-2008 гг.) по поводу ущемленной наружной грыжи различной локализации. Из них 22 (3%) случая закончились летальным исходом.

По полу они распределялись следующим образом: мужчин было 289 (40%), женщин – 434 (60%). По возрасту до 60 лет – 318 (44%), 61-70 лет – 254 (39%) и старше – 131 (17%). Среди умерших возраст менее 60 лет – 3 (13,6%) человека, в остальных случаях он превышал 60 и достигал 75 лет – 19 (86,4 %) человек, и в одном случае – 82-летнего возраста. Более половины умерших были людьми тучными, ни один из них не был свободен от дополнительного хронического, отягощающего заболевания (выраженный атеросклероз, в анамнезе – инсульт, инфаркт миокарда, диабет и другие заболевания).