

Проведенный анализ результатов показывает, что значение такого важного звена, как поликлиника, в лечебном процессе этих пациентов недооценивается ни врачами, ни пациентами. Пациенты отдают предпочтение лечению в стационаре и не обращаются в поликлинику до рекомендуемого срока повторного курса лечения и не принимают лечение, в связи с чем не обеспечивается своевременность и непрерывность лечения. При отсутствии четкой организации диспансерного наблюдения прогноз течения заболевания в дальнейшем определяется по многим позициям неблагоприятным, и как следствие, неудовлетворительными результатами лечения, как оперативного, так и консервативного.

Таким образом, чтобы улучшить результаты лечения больных с ХОЗАНК, снизить инвалидизацию этих пациентов, сократить сроки лечения их в стационаре, необходимо обеспечить своевременность диагностики имеющейся патологии сосудов, придерживаться преемственности лечения в стационаре и поликлинике, так как эпизодическое бессистемное лечение или применение отдельных, даже очень эффективных и достаточно дорогих лекарственных средств не изменит положение в данной проблеме. Практическая реализация изложенного подхода к лечению больных с ХОЗАНК позволит существенно повысить качество медицинской помощи этим больным.

Принципиально важно, чтобы все больные с ХОЗАНК наблюдались в поликлиниках по месту жительства, там же должно проводиться их лечение после выписки из стационара.

*Список литературы:*

1. Белов Ю.В., Горюнов В.С., Аслибемян Н.С. Диагностика и хирургическое лечение ИБС у больных с окклюзионным поражением артерий нижних конечностей // Хирургия, 1992; № 5. – С. 52-56.
2. Гавриленко А.В., Котов А.Э., Кочетов С.В. Тактика хирургического лечения больных с критической ишемией нижних конечностей IV степени // Анналы хирургии, 2010; № 5. - С. 5-8.
3. Кротовский Г.С., Зудин А.М. Тактика лечения пациентов с критической ишемией нижних конечностей. – М., 2005. – С. 5-8.
4. Покровский, А.В. Клиническая ангиология: руководство для врачей / А.В. Покровский. – М.: Медицина, 2004. Т. 2.

## **ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА**

***Жарнова В.В., Галицкая Н.В.***

*УЗ «ГЦГП» филиал поликлиника № 4, УЗ «ГОКБ», Гродно*

Целью данной работы является ориентировка практикующих врачей на правильный выбор лучевых методов исследования в

диагностике остеохондроза позвоночника.

Позвоночник – один из наиболее сложных анатомических образований человеческого организма. Это основной орган осевого скелета, выполняющий опорную, двигательную и защитную функции.

Проблема остеохондроза, как справедливо утверждают многие исследователи, по-прежнему остается одной из важнейших в современной медицине. Это побуждает к поиску более эффективных направлений ее решения, разработке новых методов диагностики [1].

Диагностика и дифференциальная диагностика остеохондроза, вопросы точной морфологической верификации и лечебной тактики при осложненном поражении позвоночника и спинного мозга весьма актуальны в современной медицинской практике [2]. Это связано, прежде всего, с тем, что морфологическое состояние позвонково-двигательных сегментов, спинного мозга и нервных корешков при остеохондрозе у пациентов разного пола, возрастных групп не всегда объективно и своевременно диагностируется.

Назначаться должны те обследования, которые обладают наибольшей информативностью для решения конкретной диагностической задачи. Эффективность метода определяется его чувствительностью, специфичностью и точностью, но не следует забывать о доступности и стоимости исследования, а также о возможности возникновения нежелательных побочных эффектов у пациентов в результате его применения. Ведущую роль в диагностике остеохондроза позвоночника отводят лучевым методам исследования.

Решающим фактором в постановке диагноза дегенеративных заболеваний позвоночника является рентгенологическое исследование [3]. Половина исследований костно-суставной системы в рентгенологических кабинетах поликлиник нашего города приходится на исследование позвоночника.

У 70% больных обзорная рентгенография в двух проекциях дает общую оценку и ориентировочную диагностику изменений, выявляет симптомы нарушения амортизационной функции.

Косые проекции используются также для оценки состояния суставных отростков, межпозвонковых отверстий, крючковидных отростков.

Функциональное исследование у 90% обследованных пациентов устанавливает характер двигательных нарушений (гипо- или гипермобильность).

Для правильного выбора методики диагностики перед рентгенологом должны быть четко сформулированы цель исследования и обоснование с указанием категории (АД, БД, ВД).

Рентгеновская компьютерная томография (РКТ) основана на многонаправленном сканировании объекта исследования узким пучком

рентгеновского излучения.

За шесть месяцев 2012 г. в УЗ «ГОКБ» при проведении компьютерной томографии 12% от всех исследований составили исследования шейного отдела позвоночника. В 50% случаев были выявлены протрузии дисков на фоне остеохондроза; 4,7% - травматические и посттравматические изменения позвонков; в 14% случаев наблюдались подвывихи в  $C_0$ - $C_1$ - $C_2$  сегментах дегенеративного происхождения, что не было выявлено при традиционном рентгенологическом обследовании; в 26% был подтвержден диагноз остеохондроза (без грыж дисков), деформирующего спондилоартроза, артроза унковертебральных сочленений.

РКТ наиболее информативна для оценки костной структуры позвонков в ограниченном числе (одного – двух) позвоночных сегментов, прежде всего – в задних отделах тел, дугах и отростках. Возможна визуализация состояния паравертебральных тканей на уровне зоны интереса. Причинами направления на РКТ при дегенеративно-дистрофических изменениях могут являться синдром радикулопатии без эффекта от проводимой терапии, необходимость исключения опухолевого, травматического или воспалительного поражения позвоночника.

Неоспорима роль РКТ с использованием многоплоскостного переформатирования (данная диагностика возможна в обл. больнице г. Гродно) и 3D – представления в выявлении изменений связочно-суставного аппарата: деструкции суставных хрящей в виде “вакуум-феномена”, сужение или расширение внутрисуставных щелей, субхондральные эрозии, гиперплазия суставных отростков с потерей конгруэнтности суставных поверхностей. РКТ позволяет выявить причину и степень стеноза позвоночного канала, ширину просветов межпозвонковых отверстий, величину гипертрофии желтых связок в их медиальном и латеральном отделах, протяженность патологических изменений по ходу позвоночного канала. Однако с помощью РКТ невозможно определить гипермобильность, нестабильность или блокаду позвонковых сегментов. РКТ оправдана при планировании операции, однако данный метод не может диагностировать нарушение статики и динамики позвоночного столба, не визуализируется содержимое дурального мешка без введения рентгеноконтрастных веществ. Хотя РКТ является довольно высокоинформативным методом диагностики дегенеративно-дистрофических поражений позвоночника, но из-за больших лучевых нагрузок на жизненно важные органы применение ее должно быть ограничено. Абсолютных противопоказаний к РКТ нет. Относительными противопоказаниями являются: беременность, истинная клаустрофобия, ранее перенесенная лучевая болезнь.

Наиболее современной методикой исследования позвоночника считается магнитно-резонансная томография (МРТ).

У 96% пациентов МРТ позволяет выявить ранние морфологические признаки остеохондроза. Она обладает многими достоинствами: неинвазивность, широкое поле изображения, визуализация всех структур позвоночно-двигательного сегмента в любой плоскости (сагиттальная, корональная, аксиальная), а также содержимого спинно-мозгового канала и корешковых каналов, возможность визуализации сосудистого русла всех калибров [4].

Не прибегая к введению контрастного вещества, без риска для пациента стало возможным визуализировать сосуды позвоночника. Разработаны программы, предназначенные для визуализации сосудистых структур.

Вместе с тем, метод МРТ имеет ряд недостатков, связанных в первую очередь с использованием магнитного поля, радиочастотного излучения. Так, МРТ абсолютно противопоказана пациентам, в теле которых находятся металлические тела (кардиостимуляторы, сосудистые клипсы, металлические протезы и т.д.). Существенным является и то, что исследование занимает достаточно много времени. Это отражается на качестве томограмм в виде множественных артефактов от движения пациента во время исследования [5].

Распространенными ошибками при направлении на лучевые методы исследования являются: отсутствие предварительного традиционного рентгенологического исследования, отсутствие обоснования и цели исследования, что категорически недопустимо. Фраза в направлении «для исключения патологии» может явиться причиной отказа во всех случаях лучевых методов диагностики. При направлении на РКТ обязательно указывать категорию пациента, поскольку этот метод, также как и обычное рентгенологическое исследование, несет большие лучевые нагрузки.

*Список литературы:*

1. Михайлов, А.Н. Остеохондроз шейного отдела позвоночника: некоторые проблемы диагностики и медицинской реабилитации / А.Н. Михайлов // Мед. новости. – 2003. – № 9. – С. 14–18.
2. Воронович, И.Р. Дифференциальная диагностика заболеваний позвоночника / И.Р. Воронович, Л.А. Пашкевич // Мед. новости. – 2008. – № 7. – С. 32–40.
3. Михайлов, А.Н. Выбор метода визуализации при дегенеративно-дистрофических поражениях позвоночника / А.Н. Михайлов // Новые технологии в медицине: диагностика, лечение и реабилитация : материалы международной науч.-практ. конф. в 2-х т. Т.2 – Минск, 2002. – С. 29–34.
4. Марчук, В.П. Магнитно-резонансная томография в диагностике остеохондроза шейного отдела позвоночника / В.П.Марчук, А.Н. Михайлов // Новые технологии в медицине, диагностика, лечение, реабилитация : материалы науч.-практ. конф. в 2-х т. Т. 1. – Минск, 2002. – С. 318–321.
5. Ахадов, Т.А. Магнитно-резонансная томография спинного мозга и позвоночника – особенности интерпретации МР-картины при наличии патологии / Т.А. Ахадов // Магнитный резонанс в медицине и биологии : сб. науч. работ Ассоц. радиологов Украины. – Вып.7. – Киев, 1999. – С. 129–148.