

ТОМОГРАФИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ДИСКАГЕННЫХ ПОЯСНИЧНЫХ РАДИКУЛОПАТИЯХ

Степанец Е. А., Олизарович М. В.

Научный руководитель: к.м.н. М. В. Олизарович

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Быстрота купирования болевого синдрома при дискогенном поясничном радикулите на фоне консервативной терапии позволяет в некоторых случаях не проводить нейрохирургическое вмешательство [1, 2]. Возможность оценить по компьютерной томограмме успешность консервативной терапии позволит избежать ненужных затрат на хирургическое лечение и уменьшает риски для больного [1, 3].

Цель и методы исследования

Целью настоящего исследования был поиск томографических маркеров эффективности консервативного лечения при поясничных дискогенных радикулопатиях. Проведен сопоставительный анализ (69 случаев) эффективного консервативного лечения пациентов с дискогенными радикулопатиями (первая группа) с группой из 63 больных (вторая группа), которым выполнено хирургическое удаление грыжи межпозвонкового диска (МПД). Проанализированы следующие показатели: величина грыжи МПД и сагиттальный размер спинномозгового канала на уровне дисков.

Результаты исследования

При анализе получены данные рентгеновской компьютерной и магнитно-резонансной томографии, свидетельствующие о величине грыжевого выпячивания и сагиттальном размере позвоночного канала на уровне грыжи (таблица 1).

Таблица 1 — Размер грыжевого выпячивания

Размер грыжевого выпячивания, мм	Группа больных			
	первая		вторая	
	п	%	п	%
3–4	16	23,2	10	15,9
5–8	51	73,9	36	57,1
9 и более	2	2,9	17	27,0

Данные таблицы 1 свидетельствуют о том, что у большинства больных первой и второй группы величина грыжевого выпячивания была в пределах 5–8 мм (соответственно 73,9% и 57,1%). Возможность оценить величину грыжи еще раз подчеркивает ценность лучевой и магнитно-резонансной томографии в планировании хирургического вмешательства. Сагиттальный размер грыжи МПД не всегда является основанием к проведению нейрохирургического вмешательства. Показания к операции определяются с учетом величины и формы спинномозгового канала. Сведения о переднезаднем размере спинномозгового канала на уровне грыжи МПД представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Размеры спинномозгового канала на уровне грыжевого выпячивания

Сагиттальный размер спинномозгового канала, мм	Группа больных			
	первая		вторая	
	п	%	п	%
До 12	3	4,3	16	25,4
13–15	18	26,1	15	23,8
16–20	40	58,0	26	41,3
21 и более	8	11,6	6	9,5

Из таблицы 2 следует, что абсолютно узкий спинномозговой канал определялся, преимущественно, в группе оперированных больных (25,4 %).

Выводы

Томографическим маркером эффективности консервативного лечения может быть сагиттальный размер спинномозгового канала. В группе пациентов, излечившихся без операции, узкий спинномозговой канал (менее 12 мм) встретился только в 4,3 % случаев, а среди лиц, подвергшихся операции, в 25,4 %.

ЛИТЕРАТУРА

1. Попелянский, Я. Ю. Позвоночный остеохондроз — болезнь антигравитационного приспособления взрослого (постхордального) человека / Я. Ю. Попелянский // Журн. неврол. и психиатр. — 2000. — № 7. — С. 65–66.
2. Бирючков, М. Ю. Анатомо-клинические исследования показателей, влияющих на выраженность болевых синдромов при заднебоковых и фораминальных грыжах на пояснично-крестцовом уровне / М. Ю. Бирючков // Нейрохирургия. — 2005. — № 2. — С. 32–34.
3. Орлов, В. П. Остеохондроз позвоночника / В. П. Орлов [и др.]; ред. Б. В. Гайдар // Практическая нейрохирургия. — СПб.: Гиппократ, 2002. — С. 517–551.

УДК 617.741–036.868:614.2–05

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ХРУСТАЛИКА ГЛАЗА

Стрижак Е. А., Амбрушкевич А. Ю.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Е. М. Тищенко

Учреждение образования

«Гродненский Государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Офтальмологическая патология оказывает значительное влияние на качество жизни больных и имеет важное медико-социальное значение. В структуре причин госпитализации с офтальмологической патологией одно из ведущих мест занимает заболевание хрусталика глаза (17,14 %), влияя на организацию медицинской помощи в стационаре. Данная патология определяет трудовой и социальный компонент населения, обращающегося в офтальмологические отделения для оказания помощи. Исходя из вышеуказанного, мы изучили госпитализацию больных с патологией хрусталика в стационаре, проанализировано 213 карт выбывших из стационара за 2006 г. в офтальмологическом отделении. Среди выбывших преобладали лица женского пола (63,4 %), старшего (40–59 лет — 1,4 %) и пенсионного возрастов (60 лет и более — 98,6 %). Городское население превалировало (59,6 %) над сельским (40,4 %). По экстренным показаниям госпитализировано 43,6 %, в плановом порядке — 56,4 %. Подавляющее число пациентов обратилось за помощью в этом году впервые — 99,6 %. Хирургической коррекции патологии подверглось 91,5 % пациентов. Пик поступлений зарегистрирован в весенне-летний период (29,6 % и 34,8 % соответственно).

Исходя из приведенных выше данных можно сделать следующие выводы:

- 1) женщины более предрасположены к заболеваниям хрусталика;
- 2) данная офтальмологическая патология прогрессирует у лиц старшего и пенсионного возрастов;
- 3) условия окружающей среды играют существенную роль в развитии заболеваний глаз;
- 4) отмечается выраженная сезонность заболевания.

Результаты данного анализа можно использовать для улучшения организации офтальмологической помощи в стационаре, а также для профилактики заболеваний хрусталика у людей, относящихся к группе риска.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беляева, М. И. Офтальмология / М. И. Беляева. — 2004. — № 4 — С. 55–66.
2. Шпак, А. А. Вестник офтальмологии / А. А. Шпак. — 2006. — № 4 — С. 18–20.