

фиксируют ватно-марлевым воротником Шанца. С целью контроля повторно выполняют обзорную или функциональную рентгенографию шейного отдела позвоночника, реовазографию позвоночных артерий и вертебро-базиллярной системы, электроэнцефалографию.

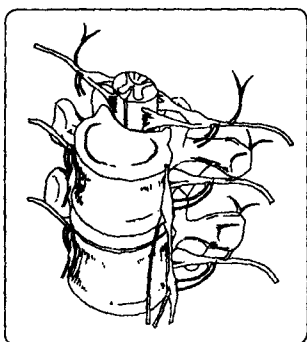
При активных подвывихах атланта после вправления отмечалось восстановление кровообращения в каротидной и вертебро-базиллярной системах. При пассивных подвывихах отмечалось улучшение кровотока в вертебробазиллярном бассейне, но не в полном объеме. В таких случаях со-

хранялись признаки ишемизации головного мозга в результате спазма позвоночных артерий, нарушений венозного оттока крови. При хронических проявлениях нестабильности выявлялись диффузные изменения биоэлектрических потенциалов головного мозга, что подтверждалось данными электроэнцефалографии. Таким больным назначалось соответствующее медикаментозное лечение и физиотерапия на шейный отдел позвоночника.

Перед выпиской из стационара больному индивидуально изготавливали головодержатель из поролона или поливика. В зависимости от

причины, вызвавшей вышеназванные нарушения, проводилась фиксация шейного отдела позвоночника съёмным головодержателем от 1 до 6 мес.

Таким образом, следует акцентировать внимание на диагностику предшествующих или имеющихся патологических состояний у детей, способствующих формированию или усугублению нестабильности шейного отдела позвоночника. Целенаправленное внесение корректив в процесс лечения ротационных подвывихов атланта у детей, позволяет значительно повысить его качество.



А.Д. Олейник, И.Н. Трохачевский, А.В. Зарудский,
С.Ш. Буриашова, Е.В. Луговикова

ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ С ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВЫМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ

Межрайонное бюро МСЭ №2, ОКБ, г. Белгород

За последнее время значительно усовершенствована техника оперативного вмешательства при пояснично-крестцовом остеохондрозе. Это повысило эффективность лечения и качество медицинской реабилитации больных и инвалидов при данной патологии позвоночника [1-7]. Однако использовать полный арсенал медицинских мероприятий при лечении пациентов не всегда удается, что значительно затрудняет дальнейшую их реабилитацию.

Так, у большой группы пациентов, которым показано оперативное лечение, проблемой психологического характера является неуверенность в положительном исходе предстоящей операции, что приводит к отказу от дальнейшего радикального лечения.

Прогнозирование исходов предстоящего оперативного лечения придает пациентам уверенность и создает им определенные комфортные условия.

С этой целью нами разработан способ прогнозирования регресса болевого синдрома после оперативного вмешательства на межпозвоночных дисках в пояснично-крестцовом отделе позвоночника (патент на изобретение №2177729). Предлагаемый способ основан на том, что болевой синдром возникает от совокупного воз-

действия комплекса измененных межпозвоночных дисков с образовавшимися за счет этого воздействия патологическими процессами в области очага заболевания и особенностей анатомического строения позвоночного канала, на неврологические структуры, составляющие спинномозговые корешки, а остаточная совокупность не устраненных оперативным путем элементов этого патологического комплекса составляет клинические проявления заболевания в послеоперационном периоде.

При численном процентном выражении интенсивности первоначального (предоперационного) болевого синдрома и патологических процессов, вызывающих его, появляется возможность схематического составления проявлений пояснично-крестцового остеохондроза в 15 вариантах. Это выражение используется нами в виде 15 индивидуальных прогностических карт.

Каждая индивидуальная прогностическая карта соответствует определенной интенсивности первоначального болевого синдрома и числу пораженных сегментов в очаге заболевания.

Карта имеет свою процентную значимость признаков, способных вызвать болевой синдром по данным

магнитно-резонансной томографии (МРТ). Кроме этого в каждой карте имеется таблица численного выражения МРТ-картины очага остеохондроза, в которой по вертикали расположены МРТ-признаки, влияющие на образование болевого синдрома, а по горизонтали — пораженные сегменты. Прогнозируемый результат получается как произведение процентной значимости МРТ-признаков, способных вызвать болевой синдром, на количество не устраненных МРТ-признаков.

Подбор индивидуальной прогностической карты осуществляется следующим образом:

1. Определяется интенсивность первоначального болевого синдрома, затем с помощью МРТ устанавливается количество пораженных сегментов, входящих в состав очага заболевания. Используя полученные данные, производится выбор индивидуальной прогностической карты, совпадающей соответственно по интенсивности болевого синдрома и числу пораженных сегментов.

2. После того, как индивидуальная прогностическая карта подобрана, производится ее заполнение. В таблице численного выражения МРТ-картины очага заболевания указывается каждый пораженный сегмент.

Карта прогнозирования регресса болевого синдрома после оперативного лечения остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника

Интенсивность первоначального болевого синдрома ___ %

Число пораженных сегментов позвоночника _____

Процентная значимость каждого МРТ-признака, влияющего на интенсивность болевого синдрома

Признаки, влияющие на интенсивность болевого синдрома	Пораженные сегменты				
Пролапс					
Протрузия					
Ликворный блок					
Эпидурит					
Спондилолистез					
Сужение межпозвонковых отверстий					
Стеноз позвоночного канала					

Планируемый результат: ___ % x ___ = ___ %

Схематическое изображение индивидуальной прогностической карты

Затем путем отметки на пересечении МРТ признаков (расположенных вертикально), выявленных у данного больного, с уровнем каждого пораженного сегмента, на котором этот признак выявлен, производится схематическое воспроизведение очага остеохондроза.

После заполнения таблицы производится устранение тех МРТ признаков, которые планируется удалить во время оперативного вмешательства. Затем производится подсчет всех оставшихся МРТ признаков.

В дальнейшем процентная значимость МРТ признака индивидуальной прогностической карты умножается на количество оставшихся МРТ признаков. Полученный результат будет являться прогнозируемой интенсивностью болевого синдрома после оперативного лечения остеохондроза пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Для успешного прогнозирования регресса болевого синдрома требуется наличие следующего оборудования и средств:

- магнитно-резонансный томограф любого производства;
- 15 индивидуальных прогностических карт для определения степени регресса болевого синдрома после оперативного лечения пояснично-крестцового остеохондроза.

Клинические проявления интенсивности болевого синдрома выражаются в процентном отношении:

- резкая постоянная боль, заставляющая принимать вынужденное положение — 100%
- постоянная боль с периодическим усилением в покое — 80%
- постоянная боль, усиливающаяся при движении в покое — 60%

- умеренная боль, исчезающая самостоятельно в покое — 40%
- боль незначительного характера, возникающая после физической нагрузки — 20%
- отсутствие боли или незначительная боль после тяжелой физической работы — ниже 20%

МРТ-признаки определяем как равнозначные в процентном отношении на каждом пораженном уровне, а вся совокупность пораженных сегментов определяет интенсивность болевого синдрома.

МРТ-признаки, влияющие на возникновение болевого синдрома: пролапс межпозвонкового диска, протрузия межпозвонкового диска, ликворный блок, явления эпидурита, спондилолистез, сужение межпозвонковых отверстий, стеноз позвоночного канала.

Ретроспективный анализ МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника и сопоставление их с клинической картиной у 196 больных позволил выявить значимость каждого МРТ-признака в процентах.

При интенсивности первоначального болевого синдрома 100% значимость каждого МРТ-признака при поражении 5 сегментов определена как 2,8%, 4 сегментов — 3,5%, 3 сегментов — 4,7%, 2 сегментов — 7,1%, 1 сегмента — 14,2%.

При интенсивности первоначального болевого синдрома 80% значимость каждого МРТ признака при поражении 5 сегментов составляет 2,2%, 4 сегментов — 2,8%, 3 сегментов — 3,7%, 2 сегментов — 5,7%, 1 сегмента — 11,5%.

При интенсивности первоначального болевого синдрома 60% значимость каждого МРТ-признака опре-

делена при поражении 5 сегментов как 1,7%, 4 сегментов — как 2,1%, 3 сегментов — как 2,8%, 2 сегментов — как 4,2%, 1 сегмента — как 8,5%.

Выделено 3 градации прогнозируемого исхода в послеоперационном периоде.

- От 0 до 20% — хороший результат
- От 20 до 40% — удовлетворительный
- Выше 40% — неудовлетворительный.

Прогнозируемый результат (достоверность прогноза — 94,2%), как показывает опыт использования методики, придает пациентам уверенность в желаемом исходе предлагаемого оперативного лечения, что, в свою очередь, способствует более радикальному лечению заболевания и повышению качества медицинской реабилитации пациентов.

Выводы

1. Неуверенность пациентов с пояснично-крестцовым остеохондрозом в исходе предстоящего оперативного лечения создает препятствие для дальнейшей их медицинской реабилитации.

2. Используя способ прогнозирования регресса болевого синдрома, можно придать пациентам уверенность в хорошем исходе предстоящего оперативного лечения, что, в свою очередь, способствует более радикальному лечению заболевания и повышению качества медицинской реабилитации.

Л и т е р а т у р а

1. Певзнер К.Б., Гельфенбейн М.С., Васильев С.А. // Нейрохирургия. 1999. №3. С.59-64.
2. Педаченко Е.Г., Хижняк М.В., Танасейчук А.Ф., Куцаев С.В. // Мат-лы VI межд. симп. "Современные минимально инвазивные технологии (нейрохирургия, вертебрология, неврология, нейрофизиология)". СПб., 2001. С.338-339.
3. Соваков А.Н. Чрескожная фенестрация и декомпрессия межпозвонковых дисков при компрессионных формах поясничного остеохондроза: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Л., 1989. 16 с.
4. Ходарев С.В., Гавришев С.В., Молчановский В.В., Агасаров Л.Г. Принципы и методы лечения больных с вертеброневрологической патологией. Ростов-на-Дону: Феникс, 2001. 607 с.
5. Холин А.В. Магнитно-резонансная томография при заболеваниях центральной нервной системы. М.: Гиппократ, 1999. 192 с.
6. Холодов С.А. // Вопр. нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко. 2001. №3. С.6-10.
7. Юмашев Г.С., Фурман М.Е. Остеохондрозы позвоночника. М.: Медицина, 1984. 384 с.

