

таких изменений в группе 2. Некорректное положение меша (ограниченное смещение за край тела позвонка), отмеченное на ранних сроках в группе 2 в 7% случаев, к 12-му месяцу полностью нивелировалось за счет краевых костных разрастаний, в то время как в группе 3 сопровождалось нестабильностью и в 5,9% наблюдений потребовало повторного оперативного вмешательства. Нарастание кифоза в группах 1 и 3 на величину более 5° к 12-му месяцу после операции отмечено более чем в 65% наблюдений, в то время как в группе 2 — лишь у 27%. Отсутствие блокирования позвонков в группе 3 на всех сроках наблюдения отмечалось достоверно чаще в сравнении с группами 1 и 2 ($p < 0,05$). В группе 1 к 3-му месяцу признаки фиброзного сращения отмечены в 56% наблюдений, костного — в 3%, в то время как в группе 2 фиброзное, фиброзно-костное и костное сращение выявлено

соответственно в 40, 18 и 28% наблюдений. К 6-му и 12-му месяцу достоверных различий в формировании блока между группами 1 и 2 не выявлено. Выявленные различия в частоте вторичных изменений паравертебральных мягких тканей (гематомы, абсцессы) не вполне корректны для сравнения, однако очевидно, что у пациентов группы 2 по этим причинам значительно реже, чем в группах 1 и 3, возникали показания к повторным госпитализациям.

Выводы. Применение титановой блок-решетки, заполненной аутокостью, в сравнении с другими вариантами спондилодеза обеспечивает раннее формирование переднего блока, снижает частоту резорбций костных трансплантатов и риск нарастания деформации позвоночника в отдаленном послеоперационном периоде, не приводя к увеличению частоты обострений процесса.

Диагностические ошибки при диагностике заболеваний позвоночника

М.Х. Зайиров¹, И.Х. Усманов², П.Х. Назиров², Н.Н. Парпиева¹, Ы.Ш. Сейтбаев¹

¹ Ташкентская медицинская академия;

² РСНПМЦФиП, Узбекистан

Цель. Проанализировать встречающиеся диагностические ошибки при поражениях позвоночника.

Материалы и методы исследования. Основу исследования составил анализ истории болезни 47 больных, находившихся на обследовании и стационарном лечении в костно-суставном отделении Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра фтизиатрии и пульмонологии МЗ РУз в 2012 году. Из 47 больных мужчин было 29 (61,7%), женщин — 18 (38,3%). Возраст больных колебался от 19 до 70 лет, в среднем — 43 года. На стадии достационарного клинико-инструментального обследования отмечались случаи или неполного использования рекомендованных методов исследования или неправильной интерпретации результатов исследования. Всем больным проведено рентгенологическое обследование в соответствии со стандартами. Радионуклидная сканиграфия костей скелета — 2 (4,2%), компьютерная томография — 3 (6,4%), магнитно-резонансная томография — 42 (89,4%), морфологическая верификация диагноза — 43 больным.

Результаты. Поражения позвоночника часто встречались в поясничном отделе — 25 (53,2%),

в грудном отделе — 15 (31,9%), в пояснично-крестцовом отделе — 5 (10,6%) случаев, а в единичных случаях поразились груднопоясничный отдел — 1 (2,1%) и крестцовый отдел позвоночника — 1 (2,1%) пациент. Поражения шейного отдела не наблюдались. Из госпитализированных больных у 31 (62,0%) диагностирован туберкулезный спондилит, у 11 (22,0%) — злокачественные опухоли [Ходжкина лимфома — у 3 (27,3%) больных], метастатические поражения позвоночника — у 8 пациентов (72,7%), у 2 (4,0%) — неспецифический спондилит, у 1 (2,0%) — болезнь Бехтерева, у 1 (2,0%) — эхинококкоз позвоночника и у 1 (2,0%) — грыжа Шморля.

Следовательно, из госпитализированных больных у 62,0% установлен туберкулезный спондилит, остальные пациенты были направлены в профильные лечебные учреждения.

Выводы. Таким образом, при диагностике поражений позвоночника нередко встречаются диагностические ошибки на различных этапах обследования. Из проанализированных больных допущены диагностические ошибки в 38,0±3,6% случаев, что приводит к неадекватному лечению.