

О.В. Слипченко¹, М.А. Стома², А.И. Демидов², С.А. Никель¹
ВОЕННО-ВРАЧЕБНАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРИ КИФОЗАХ

*¹ГУ «Центральная военно-врачебная комиссия
Вооруженных Сил Республики Беларусь»,*

*²ГУ «432 главный военный клинический медицинский центр
Вооруженных Сил Республики Беларусь»*

Одним из актуальных вопросов в практике работы призывных комиссий является вопрос о категории годности призывников имеющих различные статические деформации позвоночника.

Проведение медицинского освидетельствования граждан с патологией позвоночника вызывает ряд вопросов у врачей-специалистов, входящих в состав комиссий по приписке, призывных и военно-врачебных комиссий.

Затруднения в установлении окончательного клинико-функционального диагноза и определении категории годности к военной службе по состоянию здоровья призывникам зачастую обусловлены отсутствием преемственности в наблюдении и лечении заболеваний позвоночника в допризывном и призывном периодах, скрытое протекание заболевания, слабым знанием врачами-специалистами, привлекаемыми к медицинскому освидетельствованию, требований руководящих документов по военно-врачебной экспертизе, современных классификаций заболеваний и проблем, связанных со здоровьем.

Различные формы заболеваний позвоночника составляют значимую группу среди всех прочих нозологий человека. Их классификация и стадирование требуют детальных знаний о строении и функционировании позвоночного столба.

Под действием силы тяжести сформированы физиологические изгибы позвоночника спереди (лордозы), в шейном и поясничном, и сзади (кифозы) – в грудном и крестцово-копчиковом отделах. Кифоз с острым углом, обычно связан с деструкцией одного или двух соседних тел позвонков. В грудном отделе патологическим следует считать кифоз, превышающий 40 градусов. Кифозирование шейного и поясничного отделов позвоночника всегда свидетельствует о патологии. Как и другие деформации позвоночника, кифоз может наблюдаться в двух вариантах: без структурных изменений в телах позвонков или со структурными изменениями тел позвонков.

К патологическому грудному кифозу относят дефор-

мации позвоночника в сагиттальной плоскости, величина дуг которых превышает физиологический (нормальный) интервал, составляющий при измерении по Коббу от 20 до 40 градусов. Причинами, вызывающими возникновение патологического кифоза, могут быть: стойкое нарушение осанки в виде «круглой спины» без структурного поражения позвоночных сегментов, ювенильный остеохондроз грудного отдела позвоночника болезнь Шойерманна (остеохондропатия апофизарных зон тел позвонков, ювенильный кифоз), врожденные аномалии развития позвоночных сегментов, последствия перенесенных воспалительных инфекционных заболеваний с поражением позвоночных сегментов (остеомиелит различной этиологии), остеохондропатия тел позвонка (болезнь Кальве), опухолевые поражения позвоночных сегментов и последствия их лечения, последствия перенесенных травм позвоночника, неврологическая патология (паралитические миопатии различного генеза) и т.д. Также к патологическому кифозу относятся и параметры физиологического интервала с обязательным наличием структурного поражения позвоночных сегментов указанной этиологии.

При решении экспертных вопросов у лиц, имеющих статические деформации позвоночного столба, рентгенологический метод играет ведущую роль. Главное преимущество рентгенологического метода заключается в доступности и достаточной информативности при определении характера и степени выраженности имеющихся изменений. Хотя плоскостная рентгенограмма не может передать всех сложных изгибов позвоночника, однако позволяет изучить имеющиеся наиболее значимые изменения.

Деформация позвоночника при патологическом грудном кифозе оценивается по боковой рентгенограмме позвоночника в положении стоя с захватом крыльев подвздошных костей (уровень I крестцового позвонка), при максимальном его разгибании, причем центр луча трубки аппарата должен быть направлен на уровень вершины кифоза. Для определения угловой величины

дуги кифоза используется методика Кобба в следующем порядке:

1-определяется краниальный и каудальный позвоночный сегмент грудного кифоза (краниальным сегментом грудного кифоза является I грудной позвонок, при этом для измерения дуги кифоза с учетом возможностей визуализации допускается брать краниальным сегментом уровень до III грудного позвонка включительно. Каудальным позвоночным сегментом грудного кифоза является XII грудной позвонок);

2-параллельно замыкательным пластинкам тел краниального и каудального позвонков на снимке проводят прямые линии, угол пересечения которых является величиной дуги деформации. С учетом выраженности деформации угол пересечения выбранных линий может вычисляться геометрическим приемом путем проведения встречных перпендикуляров.

Степень выраженности патологического кифоза по Коббу:

I степень – угол α от 31 до 40 градусов с обязательным наличием структурального поражения позвоночных сегментов;

II степень – угол α от 41 до 50 градусов;

III степень – угол α от 51 до 70 градусов;

IV степень – угол α свыше 71 градуса.

Данная методика была рекомендована государственному учреждению «Центральная военно-врачебная комиссия Вооруженных Сил Республики Беларусь» для решения вопросов военно-врачебной экспертизы государственным учреждением «Белорусский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии». Приведенные степени патологического грудного кифоза применяются в статье 66 Расписания болезней Требованиям к состоянию здоровья граждан при приписке к призывным участкам, призыве на срочную военную службу, службу в резерве, военную службу офицеров запаса, военные и специальные сборы, поступлении на военную службу по контракту, в учреждение образования «Минское суворовское военное училище» и военные учебные заведения, военнослужащих, граждан, состоящих в запасе Вооруженных Сил Республики Беларусь, утвержденных постановлением Министерства обороны и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26 апреля 2006 г. № 10/30.

Однако необходимо отметить, что при освидетельствовании военнослужащих и граждан при приписке и призыву на срочную военную службу, методика, приведенная выше, может приводить к ошибочным экспертным выводам. В отдельных случаях, когда замыкательная пластинка краниального и(или) каудального позвонков нечетко дифференцирована или деформирована, достоверно определить ее контур затруднительно, провести линии строго параллельно замыкательной пластинке достоверно невозможно, что приводит к ошибкам в определении угла их пересечения (т.е. угла кифоза). Определенное затруднение вызывает определение плоскости замыкательных пластинок вследствие проекционного искажения теней тел краниального и каудального позвонков, так как центральный луч направляется на среднюю треть грудного отдела позвоночника, что также может привести к ошибкам при расчерчивании рентге-

нограмм и, как следствие, определение угла кифоза будет неверным.

Указанных ошибок позволяет избежать следующая методика:

1 – для определения степени кифоза выполняется рентгенография грудного отдела позвоночника в боковой проекции при максимальном его разгибании.

2 – через центры краниального, каудального позвонков и центр вершинного позвонка проводятся прямые линии до их пересечения в общей точке.

3 – продлеваем линии и определяем угол кифоза.

При величине угла кифоза 20 градусов и более диагностируется патологический кифоз.

Степень выраженности патологического кифоза по:

I степень – угол кифоза от 20 до 35 градусов;

II степень – угол кифоза от 36 до 50 градусов;

III степень – угол кифоза от 51 до 65 градусов;

IV степень – угол кифоза свыше 66 градусов.

Данная методика использовалась Министерством обороны Республики Беларусь в Требованиях к состоянию здоровья граждан, связанных с военной службой, утвержденных приказом Министра обороны Республики Беларусь и Министра здравоохранения Республики Беларусь от 12 июня 1998 г. № 369/173, которые действовали до 1 августа 2006 г.

Надо отметить, что проблема интерпретации спондилограмм имеет место не только в медицинских учреждениях Министерства обороны, но и в учреждениях Министерства здравоохранения, о чем свидетельствуют увольнения из Вооруженных Сил Республики Беларусь граждан, необоснованно призванных на военную службу, в течение первых трех месяцев службы.

В настоящее время данная проблема обсуждается на уровне главных специалистов Министерства здравоохранения и главных внештатных медицинских специалистов Вооруженных Сил. Результаты этого обсуждения в последствии могут стать основой для внесения изменений в руководящие документы по военно-врачебной экспертизе. Таким образом, вопрос единой методики исследования при заболеваниях позвоночника (кифозах), при определении категории годности граждан Республики Беларусь к военной службе остается открытым.

Литература

1. Кузнецов, В.Ф. Справочник по вертеброневрологии: Клиника, диагностика.-Минск «Беларусь» 2000.- С. 65-68.

2. Адрианов, В.Л., Баиров, Г.А., Садофьева, В.И. и др. Заболевание и повреждение позвоночника у детей и подростков. – Ленинград: Медицина 1985. – С. 230-260.

3. Постановление Министерства обороны Республики Беларусь и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26.04.2006 г. №10/30 «Об утверждении Требованиям к состоянию здоровья граждан при приписке к призывным участкам, призыве на срочную военную службу, службу в резерве, военную службу офицеров запаса, военные и специальные сборы, поступлении на военную службу по контракту, в учреждение образования «Минское суворовское военное училище» и военные учебные заведения, военнослужащих, граждан, состоящих в запасе Вооруженных Сил Республики Беларусь». Минск-2006.-99-103 с.

4. Тагер, И.Л., Дьяченко, В.А. Рентгенодиагностика заболеваний позвоночника. – Москва «Медицина» 1971.-150 -- 155 с.