

УДК: 616.711+616.713]-035.7

ДІАГНОСТИЧНІ ПОМИЛКИ ПРИ КОРІНЦЕВОМУ СИНДРОМІ ГРУДНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Рогуцька Н.І., Чемирисов В.В., Малий М.Ю., Смірнов В.С., Жолоб З.А.

Однією з найбільш розповсюдженою у неврологічній практиці патологією є корінцевий синдром, в основі якого, у переважній більшості випадків, лежить компресія спинномозкових корінців (спинномозкових нервів). Головною причиною розвитку корінцевого синдрому є остеохондроз хребта. Проте, цей синдром може розвиватися унаслідок спинномозкової грижі, спондилоартрозу, компресійного перелому хребців, спондилолистезі, розвитку пухлини (невриноми), бічного зміщення тіл хребців, здавлення корінця бічними остеофітами, а також інфекційної поразки хребців (остеомієліт, туберкульоз). Основним симптомом корінцевого синдрому, як правило, є проявлення болів постійного характеру або по типу «прострілу». Характерною для клінічних симптомів при корінцевому синдромі є їх асиметрія. Симетричність корінцевої симптоматики може відзначатися при вторинному радикуліті, викликаному деструктивними змінами в хребцях, особливо їх тілах (туберкульозний спондиліт, метастази в тіло хребця та ін.). Серед інших симптомів треба відзначити порушення чутливості по ходу відповідного нерва та атрофія м'язів, хоча останній симптом при локалізації процесу в області грудної клітини виражений слабо. Біль локалізується в області компресії корінця і в тих органах, які інervуються пошкодженим спинномозковим нервом. На даний момент повідними інструментальними методами діагностики цієї патології є рентгенологічний метод (в т.ч. і з функціональними пробами) і магніторезонансна чи комп'ютерна томографія. Додатково проводиться ультразвукова діагностика та термографія, хоча провідне місце у діагностиці цього страждання займає клінічне обстеження. Корінцевий синдром теж виникає не відразу, як правило, до нього веде тривалий дегенеративний процес у міжхребцевих дисках, який закінчується утворенням грижі. У свою чергу грижа, розростаючись і зміщуючись, може пошкодити спинномозковий корінець і ганглії, що призводить до його здавлення і розвитку запальної реакції. В результаті розвивається радикулопатія, корінцевий синдром. Треба зазначити, що діагностика корінцевого синдрому шийного та поперекового відділів хребта не становить особливих труднощів, на відміну від грудного відділу. Біль не є виключною ознакою патології, яка вивчається. Крім того може мати місце у однієї людини сполучення декількох хвороб, і кількість таких випадків росте разом з віком людини. Як свідчить досвід, помилки у діагностиці синдрому, який вивчається, ведуть не тільки до хибної тактики консервативного і оперативного лікування пацієнтів, але і до помилкового визначення МСЕК стану обмеження життєдіяльності та обсягу необхідної соціальної допомоги.

Нами виявлені та проаналізовано 19 медичних справ осіб працездатного віку, які зв'язані з помилками діагностики корінцевого синдрому грудного відділу хребта. Хворі зверталися до лікувально-профілактичних закладів за допомогою зі скаргами на інтенсивні болі в області грудної клітини та верхньої частини живота. Усі вони на протязі тривалого часу отримували курс консервативного, оперативного або комплексного лікування амбулаторно і в стаціонарі з приводу соматичної патології, але больові відчуття залишилися такими, що були або посилювалися.

Скарги хворих: стріляючий біль був у 35% пацієнтів, тягнучий – у 65%, тупий – у 22%, пекучий – у 15%. Практично у всіх пацієнтів характер болю був змішаний. На жаль, не існує симптомів суто специфічних для корінцевого синдрому. При виявленні цього страждання треба брати до уваги наявність болючих вертебральних та паравертебральних точок у відповідному сегменті, локальне напруження м'язів та їх крепітацію. Досить інформативним є проведення знеболюючих блокад. Якщо при короткочасній новокаїновій блокаді реберного нерва відповідного сегмента болі проходять, то із значною вірогідністю може визнаватися факт наявності корінцевого синдрому.

По хибним діагнозам група хворих, яка вивчалася поділялася таким чином. З приводу дискінезії жовчних протоків та хронічного холангиту проліковано 7 хворих, з цього числа 2 хворим проведена ендоскопічна пластика жовчовивідних шляхів. Від хронічного гастриту лікувалося 6 чол., від хронічного панкреатиту 4 чол., у 1 з них проведена діагностична лапаротомія. З приводу стенокардії була проведена операція стентування коронарних судин 2 хворим (фактично з міжреберною невралгією). Практично всі методи лікування, що застосовувалися у піддослідних осіб були складні та затратні як за витраченими грошами, так і за витратними матеріалами та ліками.

У групі, що вивчалася, з загальної кількості пацієнтів було 11 жінок (58%) та 8 чоловіків (42%). У віковій категорії до 20 років був 1 чол. (6%), у категорії 20-30 років 3 чол. (16%), 30-40 років – 4 чол. (21%), 40-50 років – 6 чол. (31%), 50-60 років – 5 чол. (26%). Звертає на себе увагу те, що більше половини вивчаемого контингенту були старше 40 років. Важкою фізичною працею займався 8 чол. (42%), працею середньої важкості – 5 чол. (26%), легкою – 6 чол. (32%). Можна вважати, що важка праця сприяє виникненню корінцевого синдрому.

Тимчасова непрацездатність у контингенту, який вивчався коливалася у значних межах від 18 до 120 днів, і в середньому склав 67 ± 23 дні. В 1 випадку мало місце за рішенням МСЕК продовження лікування по листку непрацездатності. У 2 випадках мало місце встановлення ІІІ групи інвалідності.

Лікування хворих було комплексним і включало до себе медикаментозний компонент (знеболюючи нестероїдні препарати, гангліоблокатори, полівітаміни, адаптогени, препарати, які покращують кровообіг, тощо). Застосовувалися новокаїнові та комплексні паравертебральні і міжреберні блокади. Усі хворі проходили курс мануальної терапії, ручного та механічного масажу, 3 фізіотерапевтичних процедур застосовувалися лазеротерапія, високочастотне прогрівання, ультразвук, електрофорез, електрорефлексотерапія, лікувальна фізкультура. Покращення стану відмітили усі хворі. Повного одужання не було. Значно покращився стан у 10 хворих (52%), помітне покращення – у 7 хворих (37%), незначне – у 2 хворих (11%). Повернулися до праці 14 чол., з них за основною професією – 9 чол.

Таким чином, можна стверджувати те, що діагностика корінцевих синдромів грудного відділу хребта у окремих випадках, може бути достатньо складною. Консервативне лікування може бути недостатньо ефективним. Лікарі загальної практики та вузькі спеціалісти у діагностичному процесі не приділяють достатньо уваги неврологічним симптомам корінцевих синдромів, не призначають консультацій невропатологів та вертебрологів, внаслідок чого мають місце діагностичні помилки, які хоч не мають

фатальних наслідків, але призводять до застосування непоказаних методів лікування, що веде за собою значний матеріальний та моральний збиток.

Вважаємо актуальним не тільки розробку нових методів діагностики та лікування цієї патології але й інформування сімейних лікарів, лікарів загальної практики, вузьких спеціалістів про особливості перебігу корінцевих синдромів грудного відділу хребта з метою запобігання діагностичних помилок та неадекватного лікування.