

В.К. Чернецький
В.М. Пашковський
О.Д.Хоменко

Буковинський державний медичний
університет, м. Чернівці

КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНИЙ АНАЛІЗ ДІАГНОСТИЧНИХ ПОМИЛОК І УСКЛАДНЕНЬ МАНУАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ВЕРТЕБРОГЕННІЙ ПАТОЛОГІЇ

Ключові слова: ускладнення,
діагностичні помилки, мануальна
терапія, вертеброгенна патологія.

Резюме. Клініко-катамнестичний аналіз результатів мануальної терапії у 364 хворих виявив у 26,5% із них діагностичні помилки, а у 17,5% - різні варіанти ускладнень внаслідок ураження кістково-зв'язкового апарату (переломи, переломовивих остистих відростків дужок хребців та ін.) та спинного мозку, його оболонок і судин з важкими наслідками для хворих (парапарези ніг, іноді рук, епідурити та ін.), що вимагало оперативного втручання. Розроблені рекомендації для запобігання важких ускладнень після мануальної терапії.

Вступ

Незважаючи на значні успіхи у вивченні вертеброгенної шийної та попереково-крижової патології (ВШП, ВПКП) із больовими синдромами [1,2], все ж багато питань діагностики і лікування потребують докорінного вдосконалення. Неконтрольована популяризація застосування мануальної терапії (МТ) на шкоду традиційному лікуванню не дала бажаних результатів. Ряд авторів застерігає від "модного" захоплення МТ, вказуючи на можливі серйозні неврологічні ускладнення аж до тяжкої інвалідизації таких хворих (парапарези рук, ніг та ін.), особливо у випадках помилкової діагностики [3,4,5]. Починаючи з перших повідомлень про один випадок ускладнень при МТ шийного остеохондрозу (Н. Pratt-Tomas и К. Berger, 1947), у літературі описано більше 100 таких випадків [4,6,7]. Проте вивченню цього питання останніми роками не приділялося достатньої уваги, за виключенням окремих праць [4]. Це пов'язано з тим, що багато випадків ускладнень після МТ лікарями приховуються через відсутність належного контролю за їх діяльністю (відсутні спеціальні центри з МТ). Тому виникла необхідність у проведенні глибокого аналізу причин діагностичних помилок та пов'язаних із ними, частіше всього, ускладнень при застосуванні МТ.

Мета дослідження

Вивчити характер і причини помилок у діагностиці ВШП і ВПКП та різноманітних ускладнень після МТ.

Матеріал і методи

Нами проаналізовано результати обстеження і лікування методами МТ 364 хворих, у тому числі у комплексі з традиційними методами, з різними клінічними варіантами ВШП (цервікокраніалгія, цервікобрахіалгія та ін.) та ВПКП (люмбоішалгія, дискогенні радикулопатії та ін.), які проходили стаціонарне (264 хворих) або амбулаторне лікування (100 хворих). Матеріал зібраний за останніх 15 років. Застосували клініко-катамнестичний, неврологічний, рентгенологічний методи в динаміці обстеження. У частини хворих проводилася РЕГ, КТ та МРТ.

МТ амбулаторним хворим проводилась, окрім невропатологів, лікарями різних професій (травматолог, хірург, фізіотерапевт, іноді фельдшери). Більше 40% хворих звернулися до лікарів вперше в житті. У 21% хворих захворювання виникло раптово. У решти хворих воно тривало від 1-го місяця до 3-5 років, іноді до 10 років і більше. Вік хворих коливався від 24 до 68 років (частіше 30-45 років). Із загальної кількості обстежених хворих у 94 з них виявлені або грубі помилки в діагностиці (в 45), або не уточнені діагнози, особливо при амбулаторному обстеженні (в 49 хворих). Помилки стосувалися несвоєчасного розпізнавання первинних і метастатичних пухлин, хронічного порушення кровообігу (спінального, церебрального), початкової компресії корінців, оболонок спинного мозку, вертебральних артерій, вертеброгенних вегето-судинних пароксизмів, різних аномалій та ін. Ускладнення різного характеру після МТ були виявлені в 60 хворих (з 364), у тому числі в 45 при амбулаторному лікуванні. 15 хворих

поступили в стаціонар з приводу таких ускладнень через 2 - 5 днів. Усі ускладнення розподілилися на ранні (одразу після МТ), більш пізні (через 2 - 3 доби), віддалені (до 3 - 4 тижнів і більше).

За характером клінічного прояву ускладнень хворих з ВШП розподілено на 8 груп:

1. Хворі (6), в яких після МТ виникла різної вираженості компресія спинного мозку (стиснення первинною чи метастатичною пухлиною, фрагментами міжхребцевого диска або при його вип'ячуванні в хребтовий канал та ін.) з відповідною неврологічною картиною.

2. Хворі (2), в яких загострення обумовлене переломо-вивихом атланта з розвитком грубого спастичного тетрапарезу і порушення тазових функцій, а також внаслідок перелому остистих відростків дужок хребців (C_5-C_6).

3. До цієї групи хворих віднесені 3 хворих, в яких відмічалися:

а) компресія спінальної артерії великими остеофітами, які були виявлені на задній поверхні C_1-C_2 ;

б) компресія хребтової артерії (в кістковому каналі поперечних відростків хребта) з раптовим виникненням вестибулярної гіперестезії та стовбурово-мозочкових симптомів, нагадуючи синдром Барре-Льєу, яка тривала кілька годин за типом мінущих порушень кровообігу.

4. Хворі (4), в яких після МТ виникла обмежена гематомієлія на рівні C_3-C_4 (у 2) і на рівні перехрестя пірамід із відповідним синдромом і менингеальними знаками (у 1), а також гематорахіс (у 1 хворого) на рівні C_6-Th1 зі різким больовим синдромом симпаталгічного характеру і появою провідникових розладів чутливості.

5. Хворі (4), в яких раптово після МТ виникла однібочна гостра невралгія заднього шийного симпатичного нерва, що нагадувала картину "шийної" мігрені.

6. До цієї групи віднесені 5 хворих, які тривало страждали цервікокраніалгією або цервікобрахіалгією з рентгенологічно виявленою нестабільністю хребтових рухових сегментів (C_4-C_7) на фоні зниження м'язового тону і субтильної будови м'язової системи, в яких після повторних сеансів МТ раптово виникав різкий пароксизмальний біль.

7. У 5 хворих раптово після МТ з'явилися вагоінсулярні (у 2) та симпато-адреналові пароксизми внаслідок ірритації синуввертебрального нерва.

8. У 3 хворих (вік 65 - 68 років) із нерозпізнаною хронічною недостатністю мозкового кровообігу після МТ виникали в першу добу (в 1) або на 5 - 8 день (у 2 хворих) мінущі порушення кровообігу у хребтовій або задньонижньо-мозочковій артерії з синдромом Валленберга-Захарченко та ін.

Ускладнення після МТ при ВПКП (у 28 хворих) носили досить різноманітний характер з важкими наслідками для хворих. В одних хворих спостерігалися переважно кістково-зв'язкові, оболонкові та судинні порушення, в інших - ураження спинного мозку, оболонок та судин:

1. Кістково-зв'язкові, оболонкові та судинні порушення:

1) сублюксація окремих попереково-крижових хребців з ротаційним підвивихом їх, особливо після повторної МТ;

2) підвивихи дуговідросткових суглобів з місцевими геморагіями (різкі локальні сегментарні болі з відповідним напруженням м'язів);

3) псевдоспондилолітези I, II, III ст. (L_3-L_4 , L_4-L_5 , L_5-S_1);

4) відриви бічних або задніх остеофітів із стійким локальним реактивним запаленням та напруженням м'язів із больовим синдромом;

5) гостре компресійне здавлення тіл хребців при нерозпізаному туберкульозному спондиліті, метастазах, іноді при мієломній хворобі;

6) переломи остистих відростків та дужок хребців ($L_3-L_4-L_5$), а іноді і ребер (X, XI, XII) з локальними геморагіями та м'язово-тонічним синдромом, сегментарними і симпаталгічними болями.

II. Ураження спинного мозку, оболонок та судин на різних рівнях:

1) компресії на рівні епіконуса або кінського хвоста з виникненням парапарезу або параплегії ніг (спастичної або в'ялої) з наступним нейрохірургічним втручанням;

2) випадіння секвестра пульпозного ядра при різкому випинанні диска в епідуральний простір із розвитком кокцигодії, підтвердженим після оперативного втручання;

3) локальні геморагії в оболонки на фоні різкого випинання грижі диска в задньобоківому напрямку, а також гематорахіс або гематомієлії з різким больовим синдромом, анталгічною позою та наростанням парапарезу ніг;

4) здавлення грижею диска міжхребцевого вузла з розвитком відповідного синдрому (типова анталгічна поза, сегментарні симпаталгії і різкі гіперестезії та ін.);

5) локальні або відносно розповсюджені епідуральні геморагії з розвитком асептичного епідуриту з грубим кіфозом усіх розгиначів групи м'язів спини (вимушена згинальна поза з дуже різким больовим синдромом), що вимагало нейрохірургічного втручання.

У віддаленому періоді при формуванні нестабільності шийних та попереково-крижових рухових сегментів ВШП і ВПКП вона носила хронічний характер, нерідко з розвитком судинної мієлопатії.

Обговорення результатів дослідження

Клініко-параклінічні порівняння показали, що грубі помилки в діагностиці ВШП і ВПКП пов'язані з наступними причинами:

а) недостатня кваліфікація спеціалістів з МТ, особливо лікарів різних професій (травматологів та ін.);

б) значна варіабельність клініки ВШП, ВПКП і анатомо-фізіологічних взаємовідносин, особливо шийного відділу хребта з крупними і дрібними судинами, корінцями і нервами;

в) наявність різноманітних аномалій (типу Кліппель-Фейля, Арнольда-Кіарі, spina bifida, додаткові ребра, люмбалізація та ін.);

г) відсутність або неповнота обстеження хворих (спондилографія, КТ, МРТ та ін.) з функціональними навантаженнями при виборі методу МТ;

д) ігнорування лікарями перебігу клінічної картини і наявності супутніх захворювань, перш за все спінальних судинних із венозним застоєм, що є явним протипоказанням для проведення МТ;

ж) неможливістю в окремих хворих визначити індивідуальні особливості опорно-рухового апарату шийного та попереково-крижового відділу хребта і будови судинної системи.

Аналіз різних ускладнень МТ показав, що вони обумовлені рядом причин:

- неправильна техніка і вибір МТ, у тому числі використання різкого удару і надмірного прикладання сили, струшування, витягування ший та ін.;

- складність діагностики через варіабельність клінічного прояву ВШП та ВПКП;

- недостатнє обстеження хворого перед вибором методу МТ (без проведення спондилографії з функціональними навантаженнями і нових методів діагностики - КТ, МРТ та ін.);

- ігнорування протипоказань при виборі методу МТ, а також індивідуальними особливостями анатомо-топографічних взаємовідносин шийних та поперекових хребців, судин і нервів, особливо при наявності аномалій розвитку хребта з врахуванням міогенного та дискогенного блокування шийних хребцевих сегментів [8, 9];

- проведення МТ без достатнього врахування часто прихованого перебігу супутніх захворювань (судинних та ін.);

- недостатня компетентність лікарів у неврології, особливо інших спеціальностей (травматологів та ін.), на які припадає до 70% ускладнень після МТ.

Висновки

1. З метою уникнення грубих діагностичних помилок і важких ускладнень при ВШП та ВПКП,

МТ повинна проводитися тільки спеціалістами-невропатологами, які пройшли спеціальні курси, і після ретельних додаткових досліджень, включаючи спондилографію, КТ, МРТ, в умовах поліклініки або диспансеру.

2. Проведення МТ при ВШП та ВПКП лікарями інших професій (хірурги, травматологи, фізіотерапевти та ін.) повинно бути заборонено.

3. Забезпечення суворого відбору хворих для проведення МТ при ВШП та ВПКП спеціалістами-невропатологами згідно з показаннями, за виключенням:

- осіб старше 55-60 років, що страждають вертебро-базиллярною і спінальною судинною недостатністю, яким проведення МТ у більшості випадків не показано, особливо при ВШП;

- різко обмежені показання для проведення МТ при наявності різних аномалій (типу Кліппель-Фейля, Арнольда-Кіарі, люмбалізації, сакралізації, spina bifida, венозний застій та ін.);

- суворо обмежені показання для МТ жінкам зі слабкими м'язами ший і субтильною м'язовою системою, особливо при наявності гіпермобільності і нестабільності хребцевих рухових сегментів (щадна МТ);

- шийні витягнення, так само як і удари великої сили, струшування при виконанні МТ у хворих ВШП не показані.

Перспективи подальших досліджень

Подальший аналіз діагностичних помилок дозволить звести до мінімуму важкі ускладнення після мануальної терапії.

Література. 1. Антонов И.П., Шанько Г.Г. Поясничные боли. - Минск: Беларусь, 1981. - 128 с. 2. Хабиров Ф.А. Клиническая неврология позвоночника. - Казань, 2001. - С. 284 - 287. 3. Крылов и соавт. Осложнения мануальной терапии при вертеброгенных болевых синдромах // Врач. дело, 1992, №10. - С. 40 - 42. 4. Лихачев С.А., Борисенко А.В. Осложнения мануальной терапии при остеохондрозе шейного отдела позвоночника // Врач. дело, 1992, №10. - С. 77 - 81. 5. Ситель А.Б. Мануальная терапия: Рук-во для врачей. - Москва, "Русь", "Издательство", 1998 - С. 340 - 341. 6. Хоменко О.Д., Чернецький В.К. Варианты усладнень при проведенні мануальної терапії (МТ) хворим з вертеброгенними радикулопатіями (аналіз 150 власних спостережень): Зб. праць науково-практ. конф. з міжнародною участю, присвяч. 100-річчя, заснування клініки неврології Головного військового госпітально: Сучасні проблеми клінічної військової неврології. - Київ, 1999. - С. 117 - 118. 7. Чернецький В.К., Хоменко А.Д., Пашковський В.М. Клинический анализ диагностических ошибок и осложненный мануальной терапии при вертеброгенной шейной патологии: Зб. научных праць: Четверта міжнародна науково-практична конференція з народної та нетрадиційної медицини. - Київ, "Інтермед", 2002. - С. 317 - 319. 8. Веселовский В.П. Практическая вертеброневрология и мануальная терапия. - Рига, 1991. - 342 с. 9. Андріюк Л.В. Диференційоване застосування мануальної терапії при цервікаліях // Зб. научных праць: Четверта міжнародна науково-практична конференція з народної та нетрадиційної медицини. - Київ, "Інтермед", 2002. - С. 316.

**КЛИНИКО-ПАРАКЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ
ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ОШИБОК И ОСЛОЖНЕНИЙ
ТЕРАПИИ С ВЕРТЕБРОГЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

В.К. Чернецкий, В.М. Пашковский, О.Д. Хоменко

Резюме. Клинико-параclinical анализ результатов мануальной терапии у 364 больных засвидетельствовали у 26,5% из них диагностические ошибки, а у 17,5% - разные варианты ошибок вследствие поражения костно-связывающего аппарата (переломы, переломы остистых отростков дужок хрящиков и др.) и спинного мозга, его оболочек и сосудов с тяжелым последствием для больных (парапарезы ног, иногда рук, эпидуриты и др.), что потребовало оперативного вмешательства. Разработаны рекомендации для предупреждения тяжелых осложнений после мануальной терапии.

Ключевые слова: осложнения, диагностические ошибки, мануальная терапия, вертеброгенная патология.

**CLINICO-PARAclinical ANALYSIS OF
DIAGNOSTIC PITFALLS AND COMPLICATIONS OF
MANUAL THERAPY IN VERTEBROGENIC
PATHOLOGY**

V.K. Chernetskyi, V.M. Pashkovskyi, O.D. Khomenko

Abstract. A clinico-catamnestic analysis of the the results of manual therapy in 364 patients has revealed diagnostic pitfalls in 26,5% out of the overall number, whereas in 17,5% - different variants of complications, resulting from damage of the osseoligamentous apparatus (fractures, a fracture - dislocation of the spinous processes, spinal arches, etc.) and the spinal cord, its meninges and vessels with severe consequences for meningitis externa, requiring surgical interference. Recommendations have been elaborated in order to avoid severe complications following manual therapy.

Key words: complications, diagnostic pitfalls, manual therapy, vertebroгенic pathology.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Clin. and experim. pathol.- 2006.- Vol.5, №2.-P.104-107.

Надійшла до редакції 19.04.2006