

Сондак Н. В., Дергач Д.А.
**ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ
С ВТОРИЧНОЙ ДОРСАЛГИЕЙ**

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Байда А.Г.
*Кафедра нервных и нейрохирургических болезней
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

Актуальность. В связи с широкой распространенностью дорсалгий, трудностью диагностического поиска для определения этиологической причины боли и определения стратегии терапии, важно дифференцировать причины вторичных дорсалгий. Причиной первичной боли служит патологический дегенеративный процесс, вовлекающий структуры позвоночно-двигательного сегмента. Вторичная боль является симптомом системных заболеваний, таких как первичные и метастатические опухоли позвонков, оболочек спинного мозга, переломы позвонков, инфекционные поражения позвонков и межпозвонковых дисков, неинфекционные воспалительные заболевания, метаболические поражения костей (остеопороз, остеомалиция), отраженные боли при патологии внутренних органов.

Цель: проанализировать и оценить степень выраженности неврологических синдромов, изменения в лабораторных показателях, данные инструментальных методов обследований у пациентов с вторичными дорсалгиями.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ историй болезни 22 человек (мужчин 8, женщин – 14; средний возраст $56,3 \pm 1,2$ лет), находившихся на лечении в ГУ МНПЦХТ и Г в период с 2019 по 2020 годы. Статистическая обработка проведена с помощью программ Microsoft Excel и Statistica 10.0. Средние значения представлены в виде медианы (Me (25%-75%)).

Результаты и их обсуждение. При поступлении в стационар в 79% случаев выставлен диагноз тораколумбалгия, 17% - торакалгия, 4% - люмбалгия. По степени выраженности болевой синдром как умеренно выраженный отмечен у 57% пациентов в группе исследования, как выраженный – у 38%. Причем в большинстве случаев (в 75%) у пациентов с выраженным болевым синдромом, боли были непостоянные, приступообразные, и в покое, и при движениях.

При оценке неврологического статуса определялись следующие синдромы: различные типы нарушения поверхностной чувствительности (у 9 % пациентов в исследуемой группе - проводниковой, в 5 % - корешковый, 5% - полиневритический), нижний парапарез: 9% паралич, 4,5% — умеренный парапарез, 4,5% — умеренный и лёгкий, умеренный и легкий гемипарез — 4,5%.

В лабораторных анализах выявлены: повышение СОЭ $52,42 \pm 10,8$; лейкоциты $9,04 \pm 1,5$; СРБ $71,7 \pm 98,6$; прокальцитонин $1,25 \pm 1,24$; онкомаркеры СЕА $35,35 \pm 41$; АФР 6 ± 5 ; СА 19-9 176 ± 245 ; PStotal $0,95 \pm 0,22$; суфра $12,4 \pm 16,25$; СА 15-3 $15,97 \pm 3,58$; СА 125 $25,7 \pm 16,8$; HE4 $212,7 \pm 168,9$; PREM ROMA $58,17 \pm 43,7$. Учитывая нейровизуализацию, вторичная дорсалгия развилась на фоне онкологии у 7 человек ($n=7$), спондилодисцита у 4 человек ($n=4$), спондилопатии у 9 человек ($n=9$), спондилита и спондилодисцита у 2 человек ($n=2$).

Выводы.

1. Для проведения диагностического поиска, установления заключительного клинического диагноза и своевременного назначения адекватной терапии у пациентов с подозрением на вторичную дорсалгию необходимо проводить комплексное обследование, включающее лабораторные анализы, КТ, МРТ позвоночника.

2. Синдром дорсалгии требует пристального внимания специалистов, проведение комплексного обследования пациента, что будет определять тактику ведения и терапию в зависимости от выявленного причинного заболевания.