КОМПЛЕКСНИЙ РЕГІОНАРНИЙ СИНДРОМ 1 ТИПУ (СИНДРОМ ЗУДЕКА). СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ.

Бур'янов О.А., Коструб О.А., Котюк В.В.

Згідно рішення робочої группи в Будапешті (так звані критерії Bruehl) комплексний регіонарний больовий синдром (КРБС) визначається як сукупність станів, які супроводжуються регіонарним болем, що триває (спонтанним та/або стимулозалежним), є диспропорційним у часі та ступені по відношенню до звичайного перебігу після травматичного періоду або іншого ураження, не відповідає зонам інервації певних нервів або нервових корінців, дерматомам, і проявляється звичайно в дистальних відділах кінцівок сенсорними, руховими, судомоторними, вазомоторними, та/або трофічними порушеннями. При цьому КРБС -І встановлюється при відсутності ураження нерва, КРБС ІІ – при ураженні крупного нерва.З часом синдром може варіабельно прогресувати. Згідно старої номенклатури іншими назвами КРБС були рефлекторна симатична дистрофія, нейродистрофічний синдром, синдром Зудека та інші.

Традиційно вважається, що КРБС І – це діагноз, який встановлюється переважно на підставі клінічних даних, золотий стандарт діагностики відсутній, а використання додаткових методів дослідження доцільне при необхідності виключити інші діагнози. З іншого боку диференційна діагностика КРБС- І з іншими патологіями і є основною проблемою діагностики даного захворювання, хоча й не мають реального значення у постановці діагнозу. А при оцінці динаміки захворювання, для об‘єктивізації скарг пацієнта та для уточнення діагнозу у випадках підозри на аггравацію або симуляцію захворювання потрібні методи об‘єктивізації та кількісної оцінки клінічних проявів у хворих на КРБС-І (інфрачервона термометрія, кількісний тест судомоторної аксональної рефлекторної реакції (QSART) та інші). Деякі симптоми (критерії) КРБС І все ж таки іноді важко піддаються оцінці – це термоасиметрія та асиметрія у об‘ємі кінцівки. Тому для їх визначення у сумнівних випадках варто використовувати допоміжні засоби (термографія, волюмометрія). Частина пацієнтів не скаржаться на порушення чутливості, але ці порушення визначаються у них за допомогою дослідження усіх її аспектів, абсолютних та відносних показників. В сумнівних випадках для діагностики КРБС -І можуть бути корисні повторні огляди пацієнта, що дозволяють виявити нові непостійні симптоми характерні для даного захворювання.

Дослідження КРБС- І на фоні підвищення точності старих додаткових методів дослідження та розвитку нових дозволили, не зважаючи на попередні уявлення, виявити нові симптоми даної патології, що може бути використано для її діагностики та диференційної діагностики. Основними інструментальними ознаками, притаманними КРБС є наступні.

За даними сцинтіграфії – посилене накопичення радіофармпрепарату у відстроченій (третій) фазі (симетричність сцинтіграфічної картини вказує скоріше на відсутність КРБС).За допомогою МРТ –періартикулярний набряк кісткового мозку (не специфічний симптом, втім його відсутність із точністю до 100% заперечує наявність у хворого теплої форми КРБС- І), потовщення шкіри у 63% переважно на початку захворювання на T2WIFSPDFSE (при хронізації КРБС- І або у пізніх стадіях іноді спостерігають потоншення шкіри). Виявлення гарячих зон за допомогою трифазової сцинтіграфії кісток з Tc99m - гідроксидифосфонатом (Tc99mHDP) та однофотонної емісійної компьютерної томографії (ОФЕКТ) та субперіостальної резорбції за допомогою рентгенографії та МРТ у ділянках прикріплення зв'язок та сухожилків.За даними ЕНМГ: високий рівень міжм‘язової, рідше – кортиком‘язової координації у пацієнтів з КРБС та міоклонією. За допомогою кількісного тесту судомоторної аксональної рефлекторної реакції (QSART) або шляхом вимірювання імпедансу шкіри - порушення потовиділення (інтенсивність потовиділення може бути непостійною протягом доби, тому тест не завжди інформативний). За допомогою термографії – виявлення термоасиметрії у 0,5-1°С. За допомогою функціональної МРТ або

магнітоенцефалографіїї – зміна топографії представництва хворої кінцівки в корі головного мозку.

Необ‘єктивність багатьох клінічних критеріїв часто є причиною гіпердіагностики захворювання. КРБС- І, особливо враховуючи його і без того значну частоту, не повинен перетворюватись на рятувальне коло для лікарів, які намагаються пояснити цією назвою усі незрозумілі на перший погляд симптоми у недообстежених пацієнтів або незадовільні (з інших причин) результати операції.