

вид операции, условия для его регенерации и функционирования и при этом восстановление должно быть «полезным»

Эффективность невролиза при посттравматической периферической нейропатии

Перцов В.И., Ивахненко Д.С.,
Дейниченко Ю.К.

Запорожский государственный медицинский университет кафедра медицины катастроф и военной медицины, г. Запорожье, Украина, 69000, ул. Маяковского, 26, тел.: +380679013701, факс (0612) 33-61-75, e-mail: dimaneuro@list.ru

Хроническая нейропатия при компрессионно-ишемических повреждениях периферической нервной системы возникает при продолжительной локальной болевой афферентации, развитии вторичной гипералгезии и аллодинии. Прерывание этого процесса хронизации болевого синдрома относится к труднорастворимым задачам неврологии и нейрохирургии.

Цель. Исследовать эффективность невролиза при компрессионно-ишемических повреждениях периферических нервных стволов, сопровождающихся нейропатией.

Методы. В ходе клинического наблюдения появления нейропатии в зонах иннервации поврежденных нервных стволов отмечено у 18 больных в сроки до 1 месяца после травмы. По данным электромиографии ни у одного больного не зарегистрировано полного блока проведения по заинтересованным нервам. Интенсивность болевых проявлений оценивалась по 10-тибалльной визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Продолжительность наблюдений составила 18 месяцев.

Гиперпатическая боль в диапазоне 4—10 баллов по ВАШ наиболее часто сопровождала закрытые повреждения седалищного нерва — 8 случаев, реже малоберцового — 4, большеберцового — 3, срединного — 3. Для начального болеутоляющего лечения применялся инъекционный ЦОГ-2 специфический анальгетик парекоксиб натрия (Династат) и местные инъекционные анестетики. При этом регресс гиперпатического синдрома был достигнут в 10 случаях. В остальных 8 случаях отмена анальгетиков приводила к возобновлению болей превышающих 4 балла, что послужило показанием к невролизу нервных стволов в сроки от одного до двух месяцев после травмы. При хирургической ревизии были выявлены выраженные рубцово-спаечные изменения по ходу сосудисто-нервных пучков, расширение периневральных вен, атрофия нервных стволов, внутривольные кровоизлияния.

Результаты. В 6 наблюдениях ближайшие результаты хирургического лечения были положительными — 0 баллов по ВАШ. Болевой синдром возобновился у 2 пациентов, в анамнезе которых отмечено раннее систематическое применение опиоидных анальгетиков на основе трамадола гидрохлорида.

Выводы. Раннее применение безопасных ненаркотических анальгетиков и оперативное лечение, направленное на декомпрессию нервных стволов поз-

воляет останавливать механизмы, лежащие в основе появления периферической нейропатии в 89% (16 случаев из 18). Внутривольный невролиз может является методом выбора при отсутствии противоболевого эффекта НПВП, при условии, что пациент не находится в терапевтической зависимости от психотропных и наркотических препаратов.

Оценка качества жизни больных с хроническими невропатическими болевыми синдромами

Сапон Н.А., Цымбалюк В.И.

Институт нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова АМН Украины, 04050, г. Киев, ул. Мануйльского, 32, тел. (044) 483-91-98, sapon@neuro.kiev.ua

Целью исследования было определение качества жизни больных с неврогенными болевыми синдромами в ходе проводимого лечения.

Материалы и методы. В качестве оценочного критерия использовали модифицированную визуальную аналоговую шкалу (ВАШ), в которой интенсивность боли оценивалась по 10-балльной системе. Выраженность болевого синдрома в 1—3 балла соответствовал умеренному снижению качества жизни. Пациенты изредка прибегали к помощи обезболивающих средств, боль не оказывала существенного влияния на выполнение профессиональных обязанностей или работы по дому. Болевой синдром выраженностью в 4—6 баллов соответствовал средней степени снижения качества жизни, что проявлялось необходимостью постоянного приема анальгетиков в возрастающих дозах и оказывало влияние на качество выполнения работы в быту и на производстве. Боль силой 7—10 баллов значительно снижала качество жизни больных, делая невозможным или существенно затрудняя выполнение профессиональных и бытовых обязанностей. Интенсивность боли заставляет пациентов прибегать к любым методам, способным снизить боль.

Результаты и их обсуждение. В ходе обследования 259 пациентов с болевыми нейропатиями травматического генеза умеренное снижение качества жизни отмечено у 96 больных, среднее — у 132, выраженное — у 31. Через 6 месяцев после выполнения противоболевых инвазивных вмешательств отсутствие боли отметил 101 пациент, легкие болевые ощущения — 108, боль средней степени — 45, сильную боль — 5 больных. Согласно опросу по ВАШ до операции средний уровень боли составил $6,9 \pm 0,2$ балла ($p > 0,01$), через 3 мес после выполнения противоболевых инвазивных вмешательств — $4,1 \pm 0,2$ балла ($p > 0,01$), через 6 мес — $2,9 \pm 0,2$ балла ($p > 0,01$).

Выводы. 1. Визуальная аналоговая шкала в модифицированном варианте обладает достаточной валидностью для определения качества жизни.

2. Предпринятые методы лечения позволили добиться повышения качества жизни у 94,9% больных.