

вое исследование позволяет оценить глубину, угол введения иглы, что повышает успешность выполнения блокады. В основном, в практике невролога, проводятся нейроаксиальные процедуры, введение анестетика в триггерные точки, переневральные блокады. Проведение блокад под контролем ультразвуковой навигации позволяет обеспечить точность манипуляции, избежать хронизации процесса, сократить продолжительность лечения.

Ранні результати лікування хворих з нижньопоперековим больовим синдромом методом радіочастотної денервації фасеткових суглобів

Квасніцький М.В., Квасніцька О.М.
Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами, Київ, Україна

Мета. Визначити ефективність впливу радіочастотної денервації фасеткових суглобів на ліквідацію больового синдрому у хворих із нижньопоперековим больовим синдромом, в яких переважали явища спонділоартрозу.

Матеріали та методи. Методом радіочастотної денервації фасеткових суглобів за допомогою апарату RFG-1A/RFG-1B фірми Radionics нами прооперовано 112 пацієнтів (63 чоловіки та 49 жінок у віці від 49 до 79 років) з нижньопоперековим больовим синдромом, де ведучим клінічним проявом був артроз дуговідросткових суглобів. Основою клінічного обстеження пацієнтів зі спонділоартрозом є оцінка больового синдрому. Використовувалась візуальна аналогова шкала (ВАШ) болю та опитувальник індексу непрацездатності Освестрі. Оцінка больового синдрому проводилась двічі - в доопераційному та післяопераційному періодах (протягом тижня).

Радіочастотна деструкція – медична технологія в основі якої лежить вибіркова термокоагуляція певних нервових структур спеціальними електродами. Метод радіочастотної деструкції ґрунтується на ефекті виділення теплової енергії при проходженні через тканини струмів ультрависокої частоти. Один з напрямів клінічного застосування такого впливу – черезшкірна фасеткова денервація на поперековому рівні хребта при його дегенеративному ураженні. У 70% пацієнтів дискогенний больовий синдром поєдну-

ється з фасетковим синдромом, у зв'язку з чим усунення диск-радікулярного конфлікту часто не вирішує проблему поперекового больового синдрому, тому застосування радіочастотної хірургії на поперековому рівні хребта відкриває нові можливості у вирішенні проблеми болю в нижній частині спини.

Результати дослідження. До оперативного втручання усереднений показник больового синдрому за ВАШ склав 8,2 бали. Згідно результатів лікування, за шкалою ВАШ пацієнти розподілились на наступні групи: відмінні - біль відсутня (58 хворих), хороші - регрес болю до 2 балів включно (22 хворих); задовільні – регрес болю до 4 балів (23 хворих), незадовільні – регрес болю до 6 балів та вище (9 хворих).

До оперативного втручання усереднений показник больового синдрому за шкалою Освестрі склав 42 бали. Згідно результатів лікування, за шкалою Освестрі пацієнти розподілились на наступні групи: відмінні – регрес болю до 5 балів (64 хворих), хороші - регрес болю до 15 балів включно (28 хворих); задовільні – регрес болю до 25 балів (13 хворих), незадовільні – регрес болю до 35 балів (7 хворих).

Висновки. Отримані результати в короткотермінові перспективи свідчать про ефективність радіочастотної денервації фасеткових суглобів у хворих з нижньопоперековим больовим синдромом, де домінують явища спонділоартрозу.

Больовий синдром у пацієнтів з гострим панкреатитом: дослідження якості оцінки ліквідації болі у хірургічних хворих

Куновський В.В.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів, Україна

Актуальність: Лікування хворих з гострим панкреатитом (ГП) залишається актуальною проблемою, у зв'язку з тим, що захворювання вирізняється інтенсивним больовим синдромом і важко піддається лікуванню.

Мета. Провести порівняльну оцінку вираженості больового синдрому (БС) у хворих з ГП за допомогою двох шкал оцінки БС – 10 бальною шкалою обличчя Вонга-Бекера (0-немає, 2-незначний, 4-некомфортно, 6-сильний, 8-дуже сильний,