

Асоціації з вивчення болю; розробка відповідних мультидисциплінарних протоколів. Луцька міська клінічна лікарня поступально рухається до «Лікарні без болю» з 2010 року. За цей час: Проведено 2 науково-практичні конференції з проблеми лікування болю. Призначено позаштатного альголога. Розроблено і впроваджено локальний протокол премедикації та післяопераційного знеболення. Лекції на обласних товариствах анестезіологів, хірургів, ортопедів-травматологів, на курсах підвищення кваліфікації середнього медперсоналу. Розроблено методичні рекомендації «Лікування післяопераційного болю». Передбачається розширення «географії» навчання на лікарів поліклінік та інших ЛПЗ міста й області; в стадії розробки локальні протоколи з лікування хронічних больових синдромів.

Вплив мелоксикаму на больовий синдром при остеоартрозі

Оринчак М.А., Човганюк О.С., Гаман І.О.,
Вакалюк І.І., Василечко М.М.,
Артеменко Н.Р., Александрук Д.П.,
Краснопольський С.З.

*ДВНЗ «Івано-Франківський
національний медичний університет»,
Івано-Франківськ, Україна*

Мета – оцінити знеболюючий вплив вітчизняного нестероїдного протизапального середника (НПЗС) мелоксикаму у хворих на остеоартроз.

Матеріал і методи. Під спостереженням знаходилось 38 хворих на остеоартроз (коксартроз, гонартроз) (18 – чоловіки, 20 – жінки), середній вік (54,24±9,17) роки, в I – II клініко-рентгенологічній стадії. Проведено загально-клінічне обстеження, оцінку вираженості больового синдрому за Візуально-аналоговою шкалою (ВАШ), функції суглоба за індексом Lequesne (Lequesne M.G., 1997) та динаміки часу в секундах проходження відстані 30м щодня, рентгенографію уражених суглобів. Всі пацієнти одержували мелоксикам (мелоксикам-ЛХ) в свічках по 0,015 г ректально 1 раз на добу. Обстеження проводили до і через 7 днів лікування.

Результати та їх обговорення. Серед обстежених хворих гонартроз відмітили у 29 (76,32%), коксартроз – у 9 (23,68%) пацієнтів. Для гонартрозу характерною була ранкова скутість та біль при ходьбі, загальна сума балів за індексом Lequesne складала 425, час проходження 30 м – 70,83±8,75 с. В клінічних проявах коксартрозу характерним був нічний біль, ранкова скутість або біль після

сну, поодинокі пацієнти користувались паличкою при рухах, індекс Lequesne складав 122 бали, час проходження 30м складав (50,73±7,76)с. За шкалою ВАШ до лікування у 11 (28,95%) випадках відмічено „помірний” і у 27 (71,05%) – „виражений” біль в суглобах. Знеболюючий ефект мелоксикаму у всіх хворих наступав вже через 1 годину після одноразового застосування препарату. Частота вираженого болю зменшилася вже на 3-й день і відмічалася лише у 7 (18,42%) випадках. На 5-7 день вираженого болю не відмічали в жодному випадку. Відмічено позитивну динаміку больового синдрому за показником ВАШ, час проходження 30м у хворих з гонартрозом зменшився на 32,88%(p<0,05), з коксартрозом – на 24,09% (p<0,05), зниження індексу Lequesne до 149 та 45 балів відповідно. Препарат добре переносився хворими, без небажаних явищ.

Висновок. Вітчизняний НПЗС мелоксикам виявляє достатній знеболюючий ефект при остеоартрозі різної локалізації запального процесу та сприяє відновленню функції суглобів.

Радиочастотные методики в лечении хронической боли

Павлов Б.Б.

Центр Медицины Боли, Киев, Украина

Актуальность. Эффективное устранение болевого синдрома – чрезвычайно важная и сложная задача. Социальная дезадаптация пациентов и наличие побочных эффектов у большинства анальгетиков заставляет искать новые пути решения этой проблемы. Цель. Оценить эффективность радиочастотной нейромодуляции (PRF) и радиочастотной абляции (RFA) при болевых синдромах, связанных с радикулярными и артропатическими болями в различных отделах позвоночника. Материалы и методы. Радиочастотные методики использовались у 76 больных, проходивших лечение в Центре Медицины Боли. Показанием для проведения манипуляции служило наличие радикулярных и аксиальных болей с нарастающей терапевтической резистентностью. Абсолютному большинству пациентов нейрохирургами уже были предложены реконструктивные вмешательства. Также в группу были включены больные с синдромом неудачных спинальных операций (failed back surgery syndrome). Процедуру проводили в условиях операционной под местной анестезией и радиологическим контролем (С-дуга). В случае фасетного артроза выполнялась абляция медиальной порции заднего корешка, при радикулопатиях-нейромодуляция в пульсовом режиме. В