

ні показники крові, визначення рівня гормонів та ліпідного спектру), інструментальні (комплексне ультразвукове дослідження з доплерівським картуванням, оперативні втручання ендоскопічним та лапаротомним доступами з наступним гістологічним та гістоімунохімічним дослідженням матеріалу), математико-статистичні.

Результати досліджень. Проаналізовано дані гормонального гомеостазу в результаті якого виявлено достовірне збільшення вмісту естрадіолу (основна – $429,4 \pm 31,2$ та порівняння – $228,3 \pm 24,1$ проти контрольної – $320,4 \pm 25,3$ нмоль/л; $p < 0,05$). Виявлено пряму кореляцію між кількістю жінок з підвищеним рівнем загального тестостерону та кількістю жінок з підвищеним рівнем АМГ ($r = 0,33$, $p = 0,0001$). У жінок із доброякісними пухлинами матки при метаболічному синдромі відмічена пряма лінійна кореляція сильного ступеня між масою тіла та рівнями ліпопротеїдів низької щільності, загальних ліпідів, тригліцеридів, загального холестерину, зростання показників лептину, інсуліну, виявлені підвищені показники ліпопротеїдів низької щільності в 1,2 рази, тригліцеридів у 1,7 рази, загального холестерину у 1,4 рази, і у 1,4 рази знижений показник ліпопротеїдів високої щільності, що несприятливо позначається на реалізації репродуктивної функції.

В результаті дослідження виявлено, що наявність метаболічного синдрому у хворих з лейоміомами матки з больовим та гемморагічним синдромом супроводжується розвитком гіперпластичних процесів в ендометрії, які проявляються гіперплазією як залозистого, так і стромального компонентів та утворенням поліпозних структур в 35,8%; лейоміоми тіла матки проявляють експресію рецепторів стероїдних гормонів, особливо прогестерону в 67,3%. У випадку метаболічного синдрому в клітинах лейоміоми, зокрема гладеньком'язових клітинах стінок судин, спостерігається позитивна реакція на андрогенові рецептори.

Висновок: на підставі проведеного аналізу з урахуванням виявлених змін з метою удосконалення лікування лжйоміоми матки з больовим та геморагічним синдромом у жінок репродуктивного віку з метаболічним синдромом до стандартної схеми лікування додати інгібітори ароматаз та метформін.

Лечение дорсалгий под контролем ультразвуковой навигации

Звягина Л.А.

*Одесский областной клинический
медицинский центр, Одесса, Украина*

По данным статистики, в Одессе, дорсалгии, являются одной из самых частых причин обращения к неврологу. При этом страдает молодая часть населения, люди трудоспособного возраста, что обуславливает и социально-экономическую значимость данной проблемы. Временная утрата трудоспособности при этом заболевании сравнима с показателями при заболеваниях органов дыхания и кровообращения, составляя примерно 25% от общих потерь рабочего времени. Из-за хронической боли около 1% лиц трудоспособного возраста становятся инвалидами. Для оптимизации оказания помощи таким пациентам, в Украине был издан приказ МОЗ Украины от 17.08.07 № 487 по медикаментозному лечению дорсалгий, включающий проведение медикаментозных блокад. Принцип проведения лечебных блокад основан на введении лекарственного вещества в место патологической болевой импульсации, в результате происходит нормализация рефлекторных взаимоотношений на всех уровнях центральной нервной системы. Если ранее, для проведения блокад, использовались естественные ориентиры, то в настоящее время, современные технологии (МРТ, КТ, УЗИ) позволяют проводить манипуляцию под контролем, в режиме реального времени и обеспечить точность проведения блокады, в результате добиться эффективности и избежать осложнений. Сонография имеет определенные преимущества перед иными видами визуализации: безопасность, предотвращение воздействия радиации, а также возможностью видеть окружающие ткани, кости, мышечные слои, нервы и кровеносные сосуды. Для визуализации пояснично-крестцового отдела позвоночника используется низкочастотный конвексный датчик (2-6 МГц). Глубина выставляется в диапазоне от 5 до 7 см. Для визуализации позвоночника используется 7 основных сонографических проекций. Костные структуры, которые могут быть визуализированы при сонографии, включают: остистые отростки, поперечные отростки, пластинки, суставные отростки, суставные поверхности и заднюю границу тел позвонков. Мягкие тканевые структуры, которые могут быть визуализированы включают: корешки поясничного нерва, глубокие мышцы спины, желтую связку и заднюю твердую мозговую оболочку. Ультразвуко-



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,