

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,

10-поза межний) – Wong-Baker Faces Pain Rating Scale (FPRS) і 10 бальною цифровою шкалою (4 ступеневою градацією результатів – 0- none, 1-3 mild, 4-6 moderate, 7-10 severe) The Numeric Pain Rating Scale (NPRS) та кореляцією отриманих результатів.

Матеріали та методи: Дослідження проведено проспективно в умовах міського панкреатичного центру на базі Комунальної міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги м. Львова. Було проведено статистичне опрацювання результатів опитувань 31 пацієнта з ГП на момент поступлення та на другу добу лікування за шкалами FPRS vs NPRS.

Результати: На підставі проведеного опитування були отримані наступні результати: за шкалою FPRS, при поступленні, больовий синдром у 23 пацієнтів (75%) складав 8 балів (дуже сильний біль); у 4 пацієнтів (13%) – 10 балів (поза межний біль); у 3 (9%) – 6 балів (сильний біль), 1 випадок (3%) хворий почував себе некомфортно (4 бали). На другу добу перебування ступінь вираженості больового синдрому у 16 опитаних (52%) стверджено на рівні 6 балів (сильний біль); у 8 (25%) – 4 бали (некомфортно); у 5 (16%) – 8 балів (дуже сильний біль) та у 2 (7%) спостерігався незначний біль (2 бали).

За цифровою шкалою (NPRS) при госпіталізації больовий синдром у 27 пацієнтів (87%) складав 7-10 балів (сильний біль) у 4 (13%) – 4-6 балів (середній/терпимий біль). На другу добу стаціонарного лікування хворих больовий синдром у 19 опитаних (62%) складав 4-6 балів, тобто середній/терпимий біль; у 9 опитаних (29%) залишався сильний біль (7-10 балів), а у 3 пацієнтів спостерігався легкий біль (1-3 бали)

Висновки: В результаті проведеного дослідження можна стверджувати, що за даними обох шкал (FPRS vs NPRS) отримано достовірні ( $p < 0,05$ ) критерії оцінки БС у хворих з ГП. Похибка при проведенні даного дослідження коливалась у межах 1-2 бала. Дана похибка не є статистично достовірною величиною. Однак Wong-Baker Faces Pain Rating Scale є більш раціональною, оскільки вона дозволяє охарактеризувати ступінь вираженості БС за 2 бальним інтервалом. Інтервал у 2 бали (FPRS) є більш інформативним та достовірним показником на другу та третю добу лікування пацієнта.

## Лікування болю в українських реаліях. Проблеми і перші надбання з досвіду Луцької міської клінічної лікарні

Мельник Р.В.

КЗ Луцька міська клінічна лікарня, Луцьк, Україна

Проблема болю стара, як саме людство. Біль супроводжує людину все життя, є невід'ємною складовою нашого буття. Окрім того, біль є чітким сигналом про небезпеку і, зрештою, основною скаргою, що заставляє звернутися до лікаря. У наш час питання лікування больових синдромів постає ще гостріше. Цьому ми маємо «завдячувати» стрімкому прогресу цивілізації. З однієї сторони – розвиток технологій (в т.ч. медичних), глобалізація, спрощений доступ до інформації, а з іншої – напружений ритм життя, стреси, нерациональне харчування, старіння населення, ріст числа хворих на цукровий діабет та інші хронічні хвороби. А прогноз ВООЗ щодо зростання онкопатології в найближчому майбутньому зовсім не тішить. А ще не можна забувати про техногенні катастрофи – від «банального» ДТП, кататравм, до аварій на АЕС та авіакатастроф. Це тільки у «мирний» час. А ще є воєнні конфлікти, які не обійшли й нашу Батьківщину. Травматизм масовий, жорстокий. Як наслідок – велика кількість людей, які потребують лікування больових синдромів і різноманітних форм реабілітації. Безумовно, на сьогодні в Україні є певні надбання. Це – протоколи надання допомоги при різноманітній патології, закладено основи паліативної допомоги онкохворим та хворим на СНІД, спрощено призначення сильнодіючих анальгетиків, вітчизняна фармпромисловість освоює виробництво сучасних препаратів. А з іншої сторони – неадекватне ставлення обивателя до проблеми болю – «я старий...», «Бог терпів і нам велів», «трошки потерплю, якое сам пройде...», «медикаменти більше шкоди завдають, займаюсь народними методами», звернення до різних «цілителів». Проте найбільшою шкоди завдають «традиції» пострадянської медицини та непоінформованість лікарів і медпрацівників щодо можливостей лікування болю. Звідси випливають завдання: просвітницька діяльність серед медиків – конференції в лікарському та сестринському середовищах безпосередньо в ЛПЗ, лекції на курсах підвищення кваліфікації, виділення годин на вивчення проблеми болю в університетах, коледжах; створення кабінетів лікування болю; призначення осіб, відповідальних за координацію протибольової допомоги; розширення географії Української

