

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 «цілительів». 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



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 30 м 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 30 м 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 30 м 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