

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 знеболання. 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

ряде случаев методики комбинировались. Результаты. Инфекционных осложнений и моторного дефицита не отмечено. Положительный результат достигнут у 82% пациентов. Болевой синдром до и после манипуляции оценивался согласно короткой формы опросника McGill Questionnaire. Социальную адаптацию в повседневной жизни объективизировали при помощи Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire. Как правило, больные отмечали улучшение сразу же после процедуры. Этот эффект сохранялся на срок от 3-6 месяцев и более. У 7 пациентов результат оценен как неудовлетворительный – ситуация потребовала хирургического вмешательства. Это были больные с тяжёлой формой спондилоартроза, сопровождающегося критическим спинальным стенозом. Выводы. Радиочастотная нейромодуляция и абляция – безопасные и эффективные методики для лечения вертеброгенных радикуло- и артропатий. Они не только значительно снижают болевой синдром и улучшают качество жизни, но и в ряде случаев являются разумной альтернативой оперативному лечению.

Вертеброгенные болевые синдромы: эпидуральное введение кортикостероидов

Павлов Б.Б.

Центр Медицины Боли, Киев, Украина

Актуальность. Вертеброгенные болевые синдромы продолжают оставаться социально-значимой медицинской темой. Это обусловлено как длительной нетрудоспособностью этой группы пациентов, так и высокой стоимостью лечения. Цель. Оценить эффективность эпидурального введения анестетиков и кортикостероидов при болевых синдромах, связанных с дегенеративно-дистрофическим поражением различных отделов позвоночника. Материалы и методы. Интерляминарное и трансфораминальное эпидуральное введение кортикостероидов и местных анестетиков проведено 158 больным, проходившим лечение в Центре Медицины Боли. Показанием для проведения манипуляции служило наличие радикулярных и аксиальных болей вертеброгенного характера с нарастающей терапевтической резистентностью. Наибольшее количество пациентов было с поражением поясничного отдела. Процедуру проводили в условиях операционной под местной анестезией и радиологическим контролем (С-дуга). Предполагаемое распространение лекарственного препарата оценивалось с помощью малых доз рентгенпозитивного раствора. Для инъекции использовалась смесь метилпреднизолон и

ропивакаина. Результаты. Осложнений не наблюдалось. Положительный результат достигнут у 88% пациентов. Выраженность болевого синдрома объективизировалась по ВАШ (визуально-аналоговая шкала). Как правило, больные отмечали улучшение сразу же после процедуры и эффект усиливался ко вторым-третьим суткам. У 54% пациентов боли снизились вдвое. Добавление к постпроцедурной терапии короткого курса НПВП (нестероидных противовоспалительных препаратов) закрепляло эффект. У 12% больных результат был отрицательный либо сомнительный. Это заставило нас прибегнуть к радиочастотным методам лечения. В ряде случаев были выполнены декомпрессивно-стабилизирующие операции. Выводы. Эпидуральное введение кортикостероидов и анестетиков – эффективный и безопасный метод лечения болевых вертеброгенных синдромов. Он позволяет в короткие сроки не только значительно снизить интенсивность неприятных ощущений, но и определить абсолютные показания к оперативному лечению.

Нейропатичний компонент болю в пацієнтів різного віку з остеоартрозом колінних суглобів

Поворознюк В.В., Приймич У.І.

*Інститут геронтології ім. Д. Ф. Чеботарьова
НАМН України, Київ, Україна*

Вступ. Остеоартроз (ОА) є однією з причин хронічного болю в населення літнього віку в країнах Європи. Механізми виникнення больового синдрому в пацієнтів з остеоартрозом залишаються маловивченими. Біль при остеоартрозі є результатом стимуляції больових рецепторів – ноцицепторів та пов'язаний з пошкодженням тканин та локальним запаленням. Останні дані свідчать про наявність симптомів центральної сенситизації та нейропатичного компоненту болю (НБ) в пацієнтів з остеоартрозом колінних суглобів.

Метою дослідження було оцінити структуру больового синдрому, виявити нейропатичний компонент болю за допомогою скринінгових опитувальників, визначити симптоми нейропатичного болю в пацієнтів, що хворіють на остеоартроз колінних суглобів.

Матеріали і методи. Обстежено 44 пацієнти з II-III рентгенологічною стадією за Kallgren-Lawrence віком 47-85 (середній вік 66,1±1,5 роки). Для оцінки нейропатичного компоненту болю використовували скринінгові опитувальники painDETECT, LANSS, DN4. Для оцінки інтенсивності болю застосовува-

