

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-

