

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 метилпреднизолона 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-



ли візуальну аналогову шкалу (ВАШ). Додатково використовували опитувальники EuroQol-5D та WOMAC. Для статистичної обробки отриманих результатів застосовували однофакторний дисперсійний аналіз ANOVA, кореляційний та регресійний аналіз. Статистично достовірними результатами вважали при $p < 0,05$.

Результати дослідження. Згідно даних опитування за painDETECT в 4,6% обстежених з ОА колінних суглобів було виявлено ймовірний нейропатичний біль. За результатами LANSS: 25% пацієнтів з можливим НБ. За даними DN4: 31,2% хворих мали можливий НБ в колінних суглобах. Виявлено помірні вірогідні кореляційні зв'язки між інтенсивністю болю, визначену за ВАШ та показниками всіх скринінгових шкал нейропатичного болю (painDETECT, LANSS та DN4) ($p < 0,05$). Встановлено, що вищі показники отримані за допомогою опитування за painDETECT й DN4 позитивно корелюють з порушенням щоденної активності визначеної згідно субшкали WOMAC ($p < 0,05$). Вербальні дескриптори такі як: поколювання та пощипування, оніміння та алодинія, біль від легкого дотику вірогідно частіше зустрічалися в пацієнтів з ОА колінних суглобів та можливим нейропатичним компонентом болю, порівняно з іншими дескрипторами НБ ($p < 0,05$). Пекучий біль ($p < 0,01$) та поколювання й пощипування ($p < 0,05$) можуть бути пов'язані з більш інтенсивним больовим синдромом в колінних суглобах. Висновки. Отже, в пацієнтів з остеоартрозом колінних суглобів больовий синдром може містити ознаки нейропатичного компоненту болю. Ідентифікація якого сприятиме розробці цільової терапії.

Особливості больового синдрому та психологічного стану хворих на ревматоїдний артрит залежно від варіанту поліморфних ділянок промоторного регіону гену 5-HT_{2A} серотонінових рецепторів T102C та A-1438-G

Процюк Л.О.

*Вінницький національний
медичний університет ім. М.І.
Пирогова, Вінниця, Україна*

Вважається, що тривожно-депресивні стани (ТДС) можуть впливати на біль, викликаючи істотні коливання больових відчуттів.

Мета – оцінити наявність зв'язку між інтенсивністю болю та ТДС у хворих з різними варіантами поліморфних ділянок T102C та A-1438-G гену.

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 100 хворих на РА, що перебували на лікуванні в БОКЛІ. Середній вік хворих - 51,5±12,1 років. Встановлення діагнозу РА проводилась за ACR/EULAR (2010). Активність запального процесу оцінювали за індексом DAS28, клінічними індексами CDAI, SDAI, ШОЕ, СРБ. Вираженість больового синдрому – за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ). Визначення поліморфних ділянок T102C та A-1438-G промоторного регіону гену 5-HT_{2A} проводилося за допомогою ПЛР. Оцінку тривожності – за шкалою тривожності Спілбергера, а депресивний стан за шкалою Гамільтона (HDRS). Статистична обробка результатів проведена в пакеті Statistica for Windows v.8.0.

Результати дослідження та їх обговорення. Активність запального процесу у хворих з поліморфними ділянками T102C гену вища у хворих з генотипом TC ($p < 0,01$) у порівнянні з хворими із генотипом CC, інтенсивність болю вища у хворих з генотипом TC у порівнянні із хворими з генотипом TT і CC ($p < 0,05$). У хворих з генотипом TC встановлено високий рівень реактивної (РТ) та помірний особистісної (ОТ) тривожності. У хворих з генотипом TT і CC ОТ і РТ визначалися як помірні. Встановлено нижчі показники депресивних розладів (ДР) за шкалою HDRS у хворих з генотипом CC у порівнянні із хворими з генотипом TC ($p < 0,05$) і TT ($p < 0,01$). Встановлено позитивний зв'язок інтенсивності болю, у хворих з генотипом TC і CC, з ДР, РТ, ОТ ($r_s = 0,76$; $r_s = 0,55$; $r_s = 0,37$; $p < 0,01$, відповідно та $r_s = 0,52$; $r_s = 0,56$; $p < 0,05$; $r_s = 0,69$; $p < 0,001$), тоді як у хворих з генотипом TT встановлено обернений зв'язок інтенсивності болю з ДР ($r_s = -0,45$; $p < 0,05$), РТ, ОТ ($r_s = -0,55$; $r_s = -0,53$; $p < 0,01$).

Серед хворих з поліморфними ділянками A-1438-G гену активність процесу, інтенсивність болю ($p < 0,05$), рівень РТ ($p < 0,01$) виявилися вищими лише у хворих з генотипом GG у порівнянні із хворими з генотипом AG. Встановлено позитивний зв'язок інтенсивності болю з ДР, РТ ($r_s = 0,72$; $r_s = 0,55$; $p < 0,001$, відповідно) у хворих з генотипом GG.

Висновки. У хворих з генотипами TC больовий синдром асоціювався з депресією, тривожністю, маркерами запального процесу. У хворих з генотипом TT на тлі високих показників інтенсивності болю, реєструвалась помірна активність запального процесу, обернений зв'язок з тривожністю, депресією. Для хворих з генотипом CC виявилися