Лікування міофасціального синдрому дельтоподібного м'яза методом екстракорпоральної ударно-хвильової терапії

Алейнік В.А
ТОВ "Медичний центр фізичної терапії та медицини болю ІННОВО", Львів, Україна

Актуальність. Біль з будь-якої частини дельтоподібного м'яза може імітувати біль плечового суглоба і може бути невірно діагностованим як артропатія, періартрит або травма суглоба.

Мета: висвітлити досвід лікування міофасціального синдрому дельтоподібного м'яза з застосуванням методу ударно-хвильової терапії.

Матеріали і методи. Проаналізовано результати лікування 12 пацієнтів з ознаками міофасціального синдрому дельтоподібного м'яза. Усі пацієнти виявляли скарги на біль в дельтоподібній ділянці (4-7 балів за ВАШ), який виник під час фізичної активності (заняття спортом), посилювався при рухах в плечовому суглобі. Діагноз міофасціального больового синдрому встановлено за такими критеріями: біль в дельтоподібній ділянці при відведенні верхньої кінцівки та виконанні швидкого тесту комбінованого руху (рука за голову, рука за спину); виявлення болючих, ущільнених пучків при пальпації дельтоподібного м'яза; відсутність ознак артропатії, травми та захворювань періартикулярних структур плечового суглоба за даними сонографії. Усім пацієнтам проведено інактивацію тригерних точок методом екстракорпоральної ударно-хвильової терапії. Процедура проводилась один раз на тиждень. Пальпаторно виявляли локалізацію болю, співставляли з нею центр терапевтичної головки прибору і розпочинали ударно-хвильовий вплив. Максимальна кількість імпульсів складала 1500-2000 на один сеанс, з максимальною частотою 7–10 Гц, потужністю 1,8–2,6 бар. Медикаментозне лікування не застосовували.

Результати. Після першої процедури 3 пацієнтів відмічали зникнення больових проявів, інші - зменшення інтенсивності, зміну больового відчуття в позитивну сторону. Після третьої процедури четверо пацієнтів заперечували наявність болю, інші (5) – характеризували відчуття на стороні ураження як слабкий біль (2 бали за ВАШ), який остаточно минув після п'ятої процедури. Проведення процедур ударно-хвильової терапії припиняли після зникнення проявів захворювання.

Висновки: Ударно-хвильова терапія є ефективним неінвазивним методом вирішення міофасціального синдрому дельтоподібного м'яза. Лікування з застосуванням методу ударно-хвильової терапії, на прикладі терапії міофасціального синдрому дельтоподібного м'яза, суттєво підвищує якість амбулаторного лікування болю в плечі.

Реалізація принципу мультимодальної анальгезії в хірургічному лікуванні хворих на гострий панкреатит

Андрющенко В.П., Куновський В.В., Андрющенко Д.В.
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів, Україна

Актуальність. Гострий панкреатит (ГП) являє собою одне з найбільш складних, прогностично малоблагоприємних захворювань органів черевної порожнини. На сьогоднішньому етапі розвитку панкреатології загальновизнаною тактикою лікування є мультидисциплінарний підхід. Саме тому серед широкого кола питань медикаметозного лікування ГП та його ускладнень, нівелювання або повне купування больового синдрому (БС) набуває особливого значення.

Мета. Вивчити клінічну ефективність реалізації принципу мультимодального знеболення у хірургічному лікуванні хворих на ГП.

Матеріали і методи. Проаналізовано результат хірургічного лікування вибіркової групи пацієнтів з ГП, які перебували в міському спеціалізованому панкреатологічному центрі на базі клініки загальної хірургії Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, у кількості 54 осіб. Вік пацієнтів коливався від 46 до 58 років (54,3±5,2 року). Жінок було 12 (22%), чоловіків – 42 (78%). Згідно класифікації Атланта (2012), легкий перебіг захворювання констатовано у 29 (54%), середньої важкості – у 19 (35%) і важкий ГП - у 6 (11%) пацієнтів. Всі хворі піддані операційному лікуванню з використанням мінімально-інвазивних, традиційних операційних технологій а також в їх поєднанні. Пацієнтів за принципом «сліпого конверту» було поділено на дві групи. До основної, віднесено 25 осіб, у яких в лікувальну програму, поряд з базовою медикаментозно-інфузійною терапією з метою ліквідації больового синдрому було реалізовано оригінальні методики мультимодального знеболення з використанням неопійних анальгетиків центральної дії, НПЗП та ко-анальгетиків (Патенти на корисну модель: «Спосіб до- та піс-

ляопераційного знеболення хворих з гострим панкреатитом» № 44 812 А 61К 31/135, 2009; «Спосіб фармакотерапії больового синдрому при гострому панкреатиті» № 102079, 2015). Порівняльна група об'єднувала 29 пацієнтів, знеболення у яких забезпечувалося призначенням анальгетиків неопійного ряду. Оцінка ступеня інтенсивності больового синдрому здійснювалася на підставі суб'єктивного сприйняття його кожним пацієнтом індивідуально за допомогою 10 бальної візуально-аналогової шкали (ВАШ) та рівнем стресового гормону кортизолу в крові.

Результати. Оцінка реалізації запропонованого принципу мультимодальної аналгезії за ВАШ шкалою та рівнем кортизолу в крові дозволила констатувати ліквідацію БС в основній групі, вже впродовж перших 3-х годин від початку медикаментозної терапії, а саме у 21 з 25 хворих (84%), що стверджувалось кількісним зниження балів за ВАШ з 9±1,3 до 4±1,1 ($p<0,05$), та зниженням концентрації кортизолу з 1041±12 nmol/L до 685±24 nmol/L ($p<0,05$). У хворих групи порівняння ліквідувати БС до рівня 4±1,7 балів вдалося лише у 22 осіб (75%). Відсутність анальгезивного ефекту проявлялось у пацієнтів з прогностично тяжким ГП.

Висновки. Мультимодальний принцип анальгезії являє собою ефективний та патогенетично обґрунтований компонент в хірургічному лікуванні хворих на ГП, а ефективність/неефективність нівелювання його при застосуванні запропонованого способу може слугувати опосередкованим критерієм оцінки тяжкості та прогнозу перебігу ГП.

Мультидисциплинарный подход при лечении больных с дорсалгиями

Буцкая Л.В., Древицкая О.О., Данилова О.А.

Международная академия управления персоналом, Киев, Украина

Актуальность. Болевые синдромы, сопровождаемые тревожной депрессией, входят в тройку мировых лидеров по уровню влияния на качество жизни.

Цель исследований: Оценка эффективности применения биорегуляционных препаратов (БРП), на примере Траумель-С, латеральной электронейростимуляции (ЛЭНС) и психотерапевтического комплекса (ПТ), для лечения дорсопатии, сочетавшейся с тревожной депрессией (ДТД). Задачи исследования: Разработка протокола лечения ДТД на основе применения ЛЭНС в сочетании с БРП и ПТ.

Материалы и методы: Для оценки эффективности протоколов лечения, было поэтапно пролечено 75 человек, которые разделили на 3 группы по 25 больных случайным образом: 1 группа – протокол лечения: подкожное введение (ПВ) препарата Траумель-С (2,2 мл, в область боли), ПТ и ЛЭНС – плацебо. 2 группа - протокол лечения: ПВ препарата Траумель-С (2,2 мл, в область боли), ЛЭНС и ПТ. 3 группа - протокол лечения: ПВ физиологического раствора (2,2 мл, в область боли) в область боли, и ЛЭНС. Параметры процедуры ЛЭНС: аппарат МИТ–ЭФ2, частота повторения импульсов (9.4±0,94) Гц (подбиралась индивидуально по методу Самосюка), длительность импульса - 0,5 мс, сила тока - до ощущения покалывания, время процедуры - 15 минут, курс лечения - 12 процедур, 3 раза в неделю. Электрод "+" 1 канала устанавливался с правой стороны позвоночника на зону боли, «-» на левую проекцию тройничного нерва. Электроды 2 канала устанавливаются ассиметрично 1 каналу. ПТ включала медитативные практики (МП), метод биологической обратной связи (БОС) и релаксацию. Проводилась клинико-неврологическая оценка интенсивности боли и уровня депрессии и электропунктурная диагностика функционального состояния больных по методу Буцкой до и после лечения.

Результаты исследований: на фоне общей положительной динамики, показатели во второй группе достоверное снижение клинических проявлений боли на 27,4±3,1% и уровня депрессии на 13,3±2,1 балла. Выраженный регресс уровня боли объясняется активизацией трех механизмов противоболевой системы: ретикулярную формацию ствола головного мозга; периферические образования, формирующие болевой синдром (рецепторы кожи, фасций, связочно-суставные образования) и зону диффузного ноцицептивного ингибирующего контроля спинально-спинальных и спинально-стволово-спинальных связей. Более высокая эффективность лечения дорсопатии и коррекции уровня депрессии наблюдалась при сочетанном применении психотерапии, БРП Траумель-С и ЛЭНС. Траумель-С запускает иммунологические реакции активирования клона регуляторных Th3-лимфоцитов, восстанавливающих соотношение между провоспалительными и противовоспалительными цитокинами в зоне боли, осуществляя восстановление функции, уменьшение боли, отека и покраснения. ЛЭНС - на местном уровне снижает болевую чувствительность, на центральном – стимулирует выработку дофамина, что в сочетание с ПТ, вызывает антидепрессивный эффект. Замечено, что эффект лечения снижался у больных, избегавших психотерапию.