

Новые возможности лечения послеоперационного миофасциального болевой синдромы

Нарышкин А.Г., Скоромец Т.А., Шустин В.А.

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева
Санкт-Петербург
Россия
+78125677288
tskoromets@mail.ru

Миофасциальный болевой и тоннельный болевые синдромы у больных после удаления грыжи диска могут иметь ярко выраженный, мучительный характер. Боли по своей интенсивности приближаются к болям дооперационного периода, что заставляет усомниться хирурга в правильности выбранной хирургической тактики, или предполагать рецидив грыжи. Эти боли могут являться поводом к проведению неоправданной реоперации, или быть причиной повторной госпитализации. По нашим данным упорный, неподдающийся традиционному лечению миофасциальный синдром после удаления грыжи диска на нижнепоясничном и пояснично-крестцовом уровне возникает в 7% случаев (Нарышкин А.Г., Скоромец Т.А., Бухарцев Н.Н и др., 2009). Под нашим наблюдением находилось 11 больных с послеоперационными болевыми синдромами (после микрохирургической дискэктомии на пояснично-крестцовом уровне). Характерными признаками миофасциального и тоннельного болевого синдрома являются: возникновение на фоне регресса корешковой симптоматики, отсутствие связи болевого синдрома с поворотами в постели, кашлем, натуживанием, мучительный, «мозжащий» характер. Качественным отличием болевого миофасциального синдрома от дооперационных компрессионно-ишемических радикулопатий являются: болезненность при пальпации триггерных точек, наличие локального гипертонауса или резко болезненных мышечных уплотнений, значительное усиление болевого синдрома в ночные часы, отсутствие эффекта от обезболивающих средств. Показательным фактором является исчезновение боли при проведении блокады болезненных триггерных точек местными анестетиками. У таких больных мы использовали введение в заинтересованные мышцы ботулотоксина А (диспорт) в дозе 100 – 200 ед. После введения отмечался быстрый и стойкий эффект в виде регресса болевого синдрома. Внедрение этой методики позволяет быстро купировать упорные, не поддающиеся другим методам лечения миофасциальные послеоперационные боли, а также боли тоннельного происхождения, и значительно сокращает время пребывания больного в стационаре.

Болевой синдром ампутированных (патофизиологические аспекты и тактика лечения)

Нарышкин А.Г., Скоромец Т.А., Шустин В.А.

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева
Санкт-Петербург
Россия
+78125677288
tskoromets@mail.ru

После ампутации конечности у пострадавших довольно часто возникают различные болевые ощущения. Большая часть этих ощущений имеет местный характер. Болевые ощущения могут быть вызваны наличием болезненных невром пересеченных нервов (чаще седалищного), иметь миофасциальный характер, определяться зонами нейроостеофиброза, процессами дефектного рубцевания культи, а также носить сосудистый характер. Однако наиболее тяжелым, по праву, считается фантомно-болевым синдром (ФБС). Фантомные боли после ампутации конечности встречаются в 32 – 35% от числа ампутированных (Шмидт Е.В., 1948, Feinstein B. et al., 1954). У большинства больных в течение первого года после ампутации фантомно-болевым синдром регрессирует и формируется правильное ощущение культи. Однако у 10% лиц, перенесших ампутацию конечности, болевые ощущения являются устойчивыми на протяжении многих лет, и с годами их интенсивность может усиливаться (Мелзак Р., 1981, Шмидт Е.В., 1948.). Именно эта категория больных и явилась объектом нашего исследования. Ранее нами в эксперименте на животных была разработана модель ФБС (Нарышкин А.Г., 1991). Было показано, что вероятной причиной его развития у человека является феномен двойной (восходящей и нисходящей) денервации сегментарного аппарата спинного мозга) за счет ампутации и недостаточности нисходящих норадренергических антиноцептивных влияний. На основании полученных в эксперименте результатов был предложен метод лечения ФБС с использованием $\alpha 2$ – адреномиметика - клофелина и ГАМК В – агониста - баклофена. Нами было пролечено 25 больных в возрасте от 20 до 73 лет со сроками анамнеза от 1 года до 43 лет. В группе больных было 19 мужчин и 6 женщин. Наибольшее количество больных (17) ампутация была произведена вследствие тяжелой травмы конечности. У большинства больных (19) была ампутирована нижняя конечность. У обследованных больных выявлялись признаки денервационной симптоматики в виде гиперестезии смежных с культей (выше и ниже) спинальных сегментов, которой не было в контрольной группе -12 ампутированных без ФБС. У всех больных получены отличные и хорошие результаты в виде исчезновения фантомных болей и ощущения фантома. Курс лечения составлял 3 недели. При катamnестическом наблюдении в течение 3 лет рецидив ФБС возникал у 7 больных, что требовало проведение противорецидивных курсов аналогичного лечения. Хирургическое лечение в виде иссечения невром, рубцов проводилось лишь в тех случаях (5 больных), когда их наличие вызывало болезненные ощущения при ношении протеза.