

К вопросу лечения больных с метастатическими опухолями позвоночника

Перфильев С.В.

РНЦНХ
Ташкент
Узбекистан
371 2449163
perfilyevsv@rambler.ru

Не редко, локализующиеся в позвоночнике метастатические опухоли сопровождаются интенсивным болевым синдромом, синдромами сдавления нервных корешков и спинного мозга. Выработка тактики лечения сложна и требует оценки многих факторов, характеризующих состояние больного, опухоль и ее чувствительность к противоопухолевому лечению. В РНЦНХ оперировано 28 больных (12 мужчин и 16 женщин) от 18 до 72 лет. Операции выполнялись по поводу метастазов рака молочной железы (у 11 больных), рака легкого (6), почки (1), простаты (2), щитовидной железы (1), других опухолей (3) и метастазов из невыявленного первичного очага (4). Поражения локализовались в шейном отделе позвоночника (10), в грудном (12) и поясничном (6). Операции дополнялись лучевой, химио- и гормонотерапией. Выполнены декомпрессионные ламинэктомии (16) и декомпрессионно-стабилизирующие (12) операции. Стабилизацию позвоночника осуществили из заднего доступа у 8 больных, а в 4 случаях использован передний доступ. Для суммарной оценки статуса больного в пред- и послеоперационном периоде применялась классификация по Бирке. Эффективность лечения оценивалась по состоянию неврологической симптоматики (прекращению болевого синдрома, уменьшению степени пареза и пlegии, улучшения функции тазовых органов). В большинстве случаев (80%) операции выполнялись в течение 1-го месяца от начала компрессии спинного мозга. Полное нарушение проводимости спинного мозга в сроки более 1-2-х недель, а так же отсутствие болевого синдрома являлись противопоказаниями к хирургическому вмешательству. В послеоперационном периоде обязательным было назначение стероидов, диуретиков, сосудистых и ноотропных препаратов, витаминов группы В. Регресс неврологических нарушений отмечен у 14 больных после декомпрессионных, и у 3 после декомпрессионно-стабилизирующих операций; ухудшение развилось у 3 больных.

Таким образом, у большинства больных с метастатическим поражением позвоночника происходит улучшение неврологического статуса, стихание болевого синдрома и улучшение качества жизни. Лечение должно быть комплексным и проводится в высокоспециализированных клиниках в минимальные сроки с момента появления проводниковых нарушений со стороны спинного мозга.

Опыт применения габапентина в лечении синдрома запястного канала

Перцов В.И., Ивахненко Д.С., Дейниченко Ю.К., Нелепин С.Н.

Запорожский государственный медицинский университет
Запорожье
Украина
+380679013701
dimaneuro@list.ru

Одна из основных и частых жалоб пациентов, страдающих синдромом запястного канала (СЗК) – это выраженная, жгучая, усиливающаяся в ночное время боль в кисти и пальцах. Именно боль является основной причиной обращения к врачу, поскольку нестероидные противовоспалительные препараты малоэффективны, а нарушения двигательной, чувствительной и трофической функций уходит на второй план. Составными такого болевого синдрома служат нейропатический и ноцицептивный компонент. Разорвать порочный круг между морфологическими дегенеративными изменениями области карпального канала и прогрессирующей гиперпатией – задача комплексного консервативного и хирургического лечения.

Цель исследования — определить терапевтическую эффективность габапентина в до- и послеоперационном периоде СЗК.

Методы и материалы. Наблюдалось 16 пациентов с СЗК сопровождающимся гиперпатической болью превышающей 6 баллов по ВАШ в фазу обострения. Преимущественно женщины среднего возраста (10). В большинстве случаев в анамнезе имелись указания на травму лучезапястного сустава или хроническая травматизация, связанная с трудовой деятельностью. Неудовлетворительный результат консервативного лечения с применением различных групп НПВП и антиконвульсантов и частые рецидивы гиперпатии были показанием к оперативному вмешательству. Клиническая оценка неврологических расстройств проводилась по общепринятой шкале оценки мышечной силы M0-5, чувствительности S0-5, болевой синдром оценивался по 10-балльной визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Габапентин (Тебантин «Гедон Рихтер») в дозе от 900 до 1800 мг/сут в течение 7 дней в дооперационном периоде получали 8 пациентов и в раннем послеоперационном периоде – 8 пациентов. Хирургическое метод заключался в пересечении ладонного авоневроза и удерживателя сгибателей.

Результаты. Наблюдали клиническое улучшение в виде купирования болевого синдрома до 0-2 баллов по ВАШ на 3-4 сутки приема габапентина до хирургического вмешательства. Регресс гиперпатии снижал мотивацию пациентов к применению хирургических методов лечения. Однако, на первый план выдвигались жалобы на двигательный и чувствительный дефицит функции кисти и пальцев, что послужило показанием к декомпрессии срединного нерва в карпальном канале. Другая группа пациентов начинала прием габапентина в той же дозировке за 1 сутки до оперативного вмешательства, на 2-3 сутки во всех случаях отмечен четкий противоболевой эффект наряду с улучшением двигательной и чувствительной функций.

Выводы. Во всех клинических наблюдениях отмечен положительный результат применения данной методики лечения. Хотя исследование статистически недостоверно, субъективная оценка пациентов ближайших результатов была более позитивной при проведении хирургического лечения на фоне приема габапентина.