

МЕСТО БЛОКАД В УСТАНОВЛЕНИИ ГЕНЕЗА ТАЗОБЕДРЕННОЙ БОЛИ

Яковенчук Н.Н., соискатель

Научный руководитель – проф. Хвасюк А. Н.

Сумская городская клиническая больница № 1

Диагностика хронической тазобедренной боли при сочетанной патологии поясничного отдела позвоночника и тазобедренных суставов до настоящего времени окончательно не решена.

Именно необходимость уточнения причины боли в области тазобедренного сустава и явилась основой создания алгоритма диагностических блокад с местными анестетиками. В условиях ортопедотравматологического центра Сумской городской клинической больницы № 1 диагностический алгоритм применен у 100 больных в возрасте от 16 до 78 лет со сроком заболевания от 3-х месяцев до 25 лет. Анальгетический эффект диагностических блокад достигается прерыванием путей проведения болевой импульсации и угнетением афферентных и эфферентных звеньев измененных рефлексов со скелетных мышц, энтезисов, капсулы сустава, бурс и т. д. Предлагаемый нами диагностический алгоритм позволяет ускорить диагностический процесс и определить структуру болевых паттернов, уточнить характер боли, участие вертебрального компонента в ТПБ и провести дифференциальную диагностику соматической и висцеральной боли.

В процессе работы определено наличие сложного болевого паттерна у 75 больных. В его структуре у 30 больных доминировал вертеброгенный компонент боли, у 15 больных миофасциальный, у 10 – нейрокомпрессионный и у 5 - интраартикулярный. Периартикулярный компонент боли практически всегда сопутствовал вышеперечисленным, его участие диагностировано у 95 больных. Выяснено, что боль отраженного характера беспокоила 84 больных, и только у 16 человек она была локальной. Немаловажным явился тот факт, что в 12 случаях в возникновении рефлекторной коксалгии принимала участие висцеральная патология (паховые и бедренные грыжи, нефроптоз, объемные образования в малом тазу, аденома простаты).

Использование диагностических блокад в уточнении генеза тазобедренной боли позволило нам прийти к следующим выводам: воспроизведение привычной локальной и отраженной боли в момент инъекции следует расценивать как подтверждение правильности предварительного диагноза; отсутствие анальгетического эффекта, при условии правильного технического выполнения блокады, позволяет исключить блокируемый объект из числа возможных источников боли; кратковременный эффект блокады (на срок действия местного анестетика) свидетельствует либо о доминировании механического (компрессионного), воспалительного или деструктивного фактора в генезе болевого синдрома, либо о превалирующей роли висцеральной вегетативной импульсации; неполный эффект блокады может расцениваться как свидетельство полифакторности болевого синдрома; длительный эффект блокады, намного превышавший известную продолжительность действия анестетика, может расцениваться как прогностически благоприятный для получения положительного эффекта от планируемого курса лечебных блокад.