

НОВІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ БОЛЮ ТА НЕЙРОТРОФІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ З АМПУТОВАНИМИ КУКСАМИ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Юрик О.Є.

ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України»,
м. Київ, Україна

*Ключові слова: ампутовані кукси кінцівок,
біль, нейротрофіка.*

Вступ. Тривалі військові дії в Україні привели до багаточисельних каліцтв як серед мирного населення, так і серед військових ЗСУ. В останні роки зростає кількість осіб з ампутованими кінцівками. Це обумовлено тим, що на зміну вогнепальним пораненням бійців на полі бою та цивільних осіб прийшло збільшення мінно-вибухових травм.

Метою наших досліджень була створення класифікації больових нейроортопедичних синдромів та нейротрофічних розладів у осіб з ампутованими куками нижніх кінцівок.

Матеріали та методи. Клінічно та за допомогою променевих методів діагностики обстежені 103 пацієнта.

Результати. Створена нами класифікація має наступний вигляд.

I. Місцеві неврологічні порушення в ампутованих куках кінцівок: 1) висхідні (ретроградні) неврити; 2) болючі невроми; 3) невротизовані рубці.

II. Сегментарні ортопедо-неврологічні пошкодження, котрі впливають на стан нейротрофіки в ампутованій кінцівці:

- 1) неврологічні прояви при остеохондрозі хребта;
- 2) дизрафічні пошкодження хребта та спинного мозку (Spina bifida, сирингомієлія, вроджена неповноцінність термінальних структур спинного мозку, тощо);
- 3) стійкі довготривалі вегеталгії сегментарного рівня при хронічних запальних та обмінних процесах спинного мозку;
- 4) милицеві синдроми.

III. Органічні та функціональні пошкодження структур головного мозку, які впливають на стан нейротрофіки в куксі кінцівки:

- 1) неускладнений фантомно-больовий синдром;
- 2) генералізований фантомно-больовий синдром;
- 3) невротизація або психопатизація особистості;
- 4) пошкодження нейротрофічних центрів на рівні структур головного мозку;
- 5) синдром дефектності утраченої кінцівки. Місцеві та сегментарні нейротрофічні порушення не вимагають пояснення.

Нами вперше виділені наступні нейротрофічні ускладнення центрального генезу.

Неускладнений фантомно-больовий синдром: характеризується епізодичним виникненням відчуття фантому, найбільш часто при зміні погоди, при психоемоційних навантаженнях. Це фантомне відчуття носить неспотворений характер, чітко відповідає дефекту втраченої кінцівки. Фантомний біль носить статичний характер. На електроенцефалограмі (ЕЕГ) діагностуються явища судомної активності головного мозку в лобній або тім'яній долях, частіше при функціональних навантаженнях. Після проведеного адекватного лікування відчуття фантому зникає.

Генералізований фантомно-больовий синдром характеризується майже постійним відчуттям фантому; протікає за сенсорним або моторним типом. Відчуття дефекту видаленої кінцівки має спотворену характеристику: вона або надмірно подовжена або надмірно вкорочена в порівнянні із збереженою кінцівкою, спотворена за формою. На ЕЕГ діагностується судомна активність у всіх відділах головного мозку, навіть без функціональних навантажень. В процес втягаються медіобазальні, центрально-таламічні структури головного мозку. Багаторазові оперативні втручання не можуть позбавити пацієнта від фантомно-больового відчуття.

Пошкодження нейротрофічних центрів на рівні структур головного мозку характеризується наявністю у пацієнтів тривало незагоюючих трофічних виразок на ампутованій кінцівці; наявністю частих симпато-адреналових або вагоінсулярних пароксизмів. На ЕЕГ діагностують подразнення

діенцефально-стовбурових структур головного мозку, локально пошкодження його глибинних утворень. На вегетативній ЕКГ спостерігається зміна ударного об'єму серця, збільшення інтервалів між зубцями R-R.

Синдром дефектності втраченої кінцівки. Формується не раніше, чим через рік після ампутації кінцівки. В корі головного мозку втрачається коркове представництво видаленого сегменту кінцівки. Тому при ході пацієнт підсвідомо намагається припасти на висоту видаленого відтинку кінцівки на боці ампутації. В неврологічному статусі діагностується незначне підвищення сухожилкових та периостальних рефлексів на боці дефекту кінцівки, легке пониження поверхневих видів чутливості на цьому ж боці. На ЕЕГ на гетеролатеральному боці дефекту кінцівки діагностується зональна активність в корковому представництві втраченої кінцівки; на гомолатеральному боці – величина біострумів головного мозку відповідає фізіологічній нормі. На рентгенограмах на сегментарному рівні ампутованої кінцівки – на випуклому боці хребта діагностують компенсовані явища остеохондрозу, а на увігнутому боці – явища спондиліозу.

Протікання больових нейроортопедичних синдромів та нейротрофічних ускладнень у пацієнтів з ампутованими кінцівками може бути в легкій, середній або в тяжкій формах.

Висновок. Розроблена нами класифікація больових синдромів та нейротрофічних розладів у пацієнтів з ампутованими кінцівками дозволяє більш зважено підійти як до вибору виду лікування (консервативного або оперативного); так і більш адекватно призначати різновид анестезіологічного забезпечення у цієї категорії хворих під час проведення оперативних втручань.