

## ПРОБЛЕМА ХРОНИЗАЦИИ БОЛИ И ПУТИ ЕЁ АДЕКВАТНОЙ КОРРЕКЦИИ

Абдукадирова Д. Т., Абдукадиров У.Т., Ташкенов Э.М.  
Андижанский государственный медицинский институт

## PROBLEM OF CHRONICAL PAIN AND METHODS OF ADEQUATE CORRECTION

D.T.Abdukhadirova, U.T. Abdukhadirov, E.M.Tashkenov.  
Andijan state medical institute

## СУРУНКАЛИ ОҒРИҚЛАР МУАММОСИ ВА УНИНГ АДЕКВАТ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Абдукадирова Д.Т., Абдукадиров У.Т., Ташкенов Э.М.  
Андижон Давлат тиббиёт институти  
Неврология и психиатрия кафедраси

### РЕЗЮМЕ

Хронизация боли является одной из самых частых жалоб пациентов, приходящих на прием к практическому врачу. Причины боли в спине очень многообразны, среди них можно выделить висцерогенные, васкулярные, психогенные, нейрогенные, спондилогенные.

**Ключевые слова:** Хроническая боль, протрузия диска, относительный стеноз спинномозгового канала, абсолютный стеноз спинномозгового канала

### SUMMARY

Chronic pain is one of the most complaints of patients, spinal aches RESULT IN loosing work ability. Visceral, angiological, psychological, neurological, vertebrological factors cause spinal aches.

**Key words:** Chronic ache, protrusion of disc, comparative and absolution stenosis of spinal canal.

### ХУЛОСА

Сурункали оғрик беморларни энг куп шикоятлардан бири булиб, умурткадаги оғриклар беморларнинг меҳнат фаолиятини йукотишига сабабларидан биридир. Умурткадаги оғриклар сабаблари вицерал, кон томир, психоген, нейроген, спондилоген ва бошқа сабаблар.

**Калит сўзлар:** Сурункали оғрик, диск протрузияси, орка мия каналини нисбий ва абслют стенози.

Хронизация боли является одной из самых частых жалоб пациентов, приходящих на прием к практическому врачу. Около 20 % взрослого населения страдает от боли в спине длительностью от 3 дней и более. В среднем у 80 % этих пациентов боль регрессирует на фоне лечения в течение месяца, однако у остальной части принимает хроническое течение. Боль в спине является одной из наиболее частых причин утраты трудоспособности. Причины боли в спине очень многообразны, среди них можно выделить висцерогенные, васкулярные, психогенные, нейрогенные, спондилогенные (I. Masnab, 1977).

Одной из частых причин неврогенного болевого синдрома является сдавление периферических нервов, сплетений и корешков при туннельных мононевропатиях, плексопатиях, компрессионных радикулопатиях. Возникновение невропатической боли связано с повреждением периферической или центральной нервной системы при дисфункциях ноцицептивной и антиноцицептивной систем. Для решения задачи оптимизации анальгезии невропатических болевых синдромов представляет интерес атипичный антиконвульсант габапентин (препарат Габагамма), механизм действия которого основан на блокаде  $\text{Ca}^{2+}$ -каналов, изменении метаболизма ГАМК, снижении выброса и изменении метаболизма глутамата. Таким образом,

препарат Габагамма обладает высоким потенциалом для коррекции невропатической боли.

**Цель работы** - изучение влияния препарата Габагамма на течение болезни, в том числе на регрессирование болевого и ирритативного синдромов.

### Материалы и методы

Для достижения поставленной цели и задач было проведено обследование 88 больных в возрасте от 28 до 60 лет, которые на протяжении 2–3 лет страдали выраженной болью в нижней части спины и длительно лечились у невролога, и провели им комплексную адекватную терапию.

Всем пациентам была проведено клинко-неврологическое обследование, МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника, оценивали интенсивность боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) и уровень тревожности по шкале Спилбергера - Ханина. Для обработки полученных результатов использовали Excel со стандартными методами вариационной статистики- критериями Фишера и Стьюдента.

**Результаты и обсуждение.** Несмотря на ранее проводимые курсы терапии (НПВП, анальгетики, витаминотерапию, дегидратацию, хондропротекторы) пациенты продолжали жаловаться на упорную, жгучую боль по латеральной, передненаружной или по задней

поверхности нижних конечностей. В неврологическом статусе у обследуемых больных выявлены положительные симптомы Лассега (100 % пациентов), Вассермана (68 %), Мацкевича (61 %), перекрестный симптом Лассега (47 %); снижение или отсутствие коленного и ахиллового рефлексов (43 и 57 %; 37 и 63 % больных соответственно), а также гипестезия (97 %) и дизестезия (61 % пациентов).

При проведении МРТ у обследуемых больных (n=98) протрузия диска L<sub>3</sub>–L<sub>4</sub> от 2 до 6 мм выявлена у 12 (12,2 %) пациентов, протрузия диска L<sub>4</sub>–L<sub>5</sub> от 3 до 8 мм - у 27 (27,6 %), протрузия диска L<sub>5</sub>–S<sub>1</sub> от 3,5 до 22мм - у 59 (60,2 %) больных. Сужение фораминальных отверстий с компрессией корешков спинномозговых нервов обнаружено у 80 (81,6 %) пациентов, относительный стеноз спинномозгового канала - у 11 (11,2 %), абсолютный стеноз спинномозгового канала- у 2 (2,04 %) больных.

Всем пациентам был назначен препарат Габагамма 300 мг в капсулах в индивидуально подобранной дозе на протяжении от 20 дней до 1,5 месяца.

Начиная с 3-го дня приема препарата Габагамма пациенты отмечали регрессирование болевого, ирритативного синдромов, с 5-го дня положительный эффект терапии значительно усиливался. Результат терапии считался положительным при субъективной оценке регрессирования болевого синдрома более чем на 75 % по шкале ВАШ; умеренным - при регрессировании боли на 40–74 % (p < 0,05). После 15-го дня с начала применения препарата Габагамма

мы провели контроль оценки уровня тревожности у пациентов: низкий уровень тревожности (27–29 баллов) был выявлен у 63 пациентов, умеренный (31–43 балла) - у 35 больных (p < 0,05).

## ВЫВОДЫ

1. Габагамма обладает высокой эффективностью и оптимальным соотношением «качество/стоимость».
2. Препарат хорошо переносится и имеет минимум побочных эффектов.
3. Препарат эффективен не только в максимальных, но также и в среднетерапевтических дозах.
4. Препарат Габагамма обладает высоким потенциалом для коррекции невропатической боли.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев А.В., Бранд П.Я. Боль, 2008, т.1, №18, стр.21-23.
2. Голубев В.Л., Данилов А.В, Рос. Меджурн. (специальный выпуск «Болевой синдром»), 2009, стр.11-14.
3. Вейн А.М. Болевые синдромы в неврологии. М.1999.
4. Кукушкин М.Л., Лечение нервных болезней, 2008, №2.
5. Павленко С.С. Эпидемиология боли. Неврологический журнал, 1999, том 4, № 1, с.41-46.
6. Яхно Н.Н, Кукушкин М.Л., Хроническая боль: Медико-биологические и социально-экономические аспекты. Человек и лекарство: Узбекистон (2013, №2, стр.69).

