

Рачко Е. М., Олькевич Е. Т.

ОЦЕНКА НЕВРОПАТИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ЛЮМБОИШАЛГИЕЙ И ПОЯСНИЧНО- КРЕСТЦОВОЙ РАДИКУЛОПАТИЕЙ.

Научный руководитель канд. мед. наук, ассист. Байда А. Г.

Кафедра нервных и нейрохирургических болезней

Белорусский государственный университет, г. Минск

Актуальность. По данным литературы около 20% случаев хронических болей относится к невропатической боли, которая снижает трудоспособность пациентов и во многих случаях трудно поддается лечению. При вертеброгенном болевом синдроме важной является оценка тяжести боли, наличие в ней невропатического компонента, для стратификации тактики обезболивающей терапии.

Цель. Оценить интенсивность болевого синдрома и наличие симптомов невропатии у пациентов с люмбоишалгией и пояснично-крестцовой радикулопатией при применении различных схем терапии.

Задачи:

1 Оценить интенсивность болевых ощущений и наличие симптомов невропатии у пациентов с вертеброгенным болевым синдромом в пояснично-крестцовом отделе при поступлении и выписке из стационара.

2 Проанализировать результаты проведенной терапии в исследуемых группах для определения наиболее эффективных схем купирования болевого синдрома и определения рекомендаций на амбулаторный этап терапии.

Материал и методы. Обследовано 20 пациентов, которые были разделены на две подгруппы: 1-я с диагнозом вертеброгенная люмбоишалгия - 13 человек, 2 - я с диагнозом дискогенная радикулопатия - 7 человек. Уровень боли определялся по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), каждый компонент невропатической боли описывался с помощью шкалы общей оценки симптомов невропатии (NTSS – 9) при поступлении в стационар и при выписке у каждого пациента.

Результаты и их обсуждение. У пациентов 1-ой подгруппы значения боли по шкале ВАШ составили: $3,67 \pm 0,87$ до и $1,67 \pm 1,44$ баллов после лечения ($p < 0,05$), во 2-ой подгруппе – $6,11 \pm 1,45$ и $2,22 \pm 2,09$ баллов соответственно ($p < 0,05$). Уменьшение стреляющих болей, жжения, онемения отмечалось по шкале NTSS – 9 отмечено у 72,8 % пациентов, получавших комплексную терапию, включающую иглорефлексотерапию, проведение паравертебральных блокад и приём антиконвульсантов (габапентин).

Выводы:

1 Оценка интенсивности и характеристики боли с помощью шкал ВАШ и NTSS - 9 выявила наиболее эффективные схемы терапии, что позволило скорректировать дальнейшее лечение пациентов в амбулаторных условиях.

2 При преобладании в клинической картине невропатического характера боли наиболее рационально включать в схему терапии группу антиконвульсантов.