

ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТАБОЛІЗМУ НЕЙРОМЕДІАТОРІВ ПРИ БОЛЯХ У ПОПЕРЕКОВІЙ ДІЛЯНЦІ

Горошко В.І.

Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія
Кодратюка», м. Полтава, Україна,
talgardat@gmail.com

Вступ. Біль у спині є найпоширенішим больовим синдромом серед дорослих. Епідеміологічні дослідження показують, що до 84% людей хоча б раз у житті відчувають біль у спині. Гострий біль у попереку різної інтенсивності зустрічається у 80-97% населення. 23% дорослих страждають від періодичного, періодичного болю в попереку, який триває більше 3 днів. При аналізі пацієнтів, які первинно звернулися до реабілітаційного відділення з приводу гострого болю в попереково- крижовому відділі, у більшості пацієнтів (75% випадків) виявляється причина - ураження опорно-рухового апарату. «Дискогенний» біль і біль, пов'язаний з дисфункцією фасеткових суглобів, виникає у 19% пацієнтів з гострим болем у попереку. Компресійна радикулопатія попереково- крижового корінця спостерігається у 11% випадків. Обмежені дослідження балансу нейромедіаторів у пацієнтів з різними типами хронічного болю в попереку показують, що проблематика дослідження являється актуальною.

Мета дослідження. Охарактеризувати спектр нейромедіаторів пацієнтів з різними типами болю в попереку порівняно з ноцицептивним болем після травми кінцівок.

Матеріали та методи. Обстежено 58 пацієнтів з больовими синдромами на клінічній базі НУ «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка», розділених на три групи: група поперекового неспецифічного болю – 20 хворих, середній вік 55,0 (від 46,0 до 62,0); група корінцевого синдрому запалення поперекового нерва – 29 пацієнтів, середній вік 51,5 (від 41,0 до 57,0); порівняльна група після травми кінцівки, але без ускладнень та ноцицептивного болю, без пошкодження нерва – 9 пацієнтів, середній вік 53,0 (від 45,0 до 59,0).

Результати та їх обговорення. З точки зору невролога, визначення місцевого діагнозу і, по можливості, встановлення етіології больового синдрому є дуже необхідним для вирішення питання про те, як вести пацієнтів з болем у попереку. Очевидно, що біль у спині є неспецифічним симптомом. Існує багато захворювань, які проявляються у вигляді болю в спині. Це дегенеративно-дистрофічні зміни хребта, дифузне ураження сполучної тканини, захворювання внутрішніх органів.

Ця патологія є мультидисциплінарною проблемою і повинна розглядатися різними фахівцями. Причини вторинного болю в попереку включають пухлинні захворювання (пухлини хребта, метастатичні ураження, множинна мієлома), травми спинного мозку, запальні захворювання (туберкульозний спондиліт), метаболічні порушення (остеопороз, гіперпаратиреоз), захворювання кишечника.

При оцінці інтенсивності больового синдрому використовували візуальну аналогову шкалу, групи були порівнювані за вираженістю болю.

Група корінцевого синдрому поперекового нерва – 7,0 (5,0 - 8,0 балів), група порівняння 7,0 (від 5,0 до 8,0 балів).

Імуноферментні аналізи використовувалися у дослідженні для вимірювання ноцицептивних і антиноцицептивних систем, включаючи рівні норадреналіну (пк/мл), серотоніну (пк/мл), субстанції Р (пк/мл) і дофаміну (пк/мл). Профілі нейромедіаторів було перевірено у всіх пацієнтів. Усі суб'єкти дали інформовану згоду.

Результати аналізів були статистично оброблені з використанням описових і непараметричних методів, а дані представлені у вигляді середнього значення.

Попарне порівняння рівнів нейромедіаторів у вибраних групах виявило значно вищі рівні серотоніну у пацієнтів із неспецифічним болем у попереку, ніж у пацієнтів із радикулопатією ($p=0,01$). Порівнюючи рівні норадреналіну ($p=0,05$) і дофаміну ($p=0,002$) у хворих на радикулопатію, їх значення були достовірно нижчими, ніж у групі порівняння.

Основними завданнями ведення пацієнтів є зменшення болю, забезпечення здатності пацієнта протистояти нормальному професійному чи повсякденному стресу, покращення якості життя в цілому та попередження хронічного болю. Знеболення в даній ситуації не слід вважати самоціллю. Завдання лікування болю полягає в тому, щоб надати пацієнтам можливість самообслуговування і максимально повної соціальної реадaptaції. Лікування таких пацієнтів включає широкий спектр немедикаментозних заходів (таких як фізіотерапія, рефлексотерапія, мануальна терапія, масаж), а також препарати, що знімають біль і знімають спазм м'язів (міорелаксанти), нормалізують обмінні процеси в нервовій системі.

Висновок. Таким чином, у пацієнтів з радикулопатією було виявлено найнижчі рівні серотоніну, норадреналіну та дофаміну, що свідчить про те, що центральні механізми регуляції болю значною мірою залучені до розвитку цього типу нейропатичного болю та підлягають безпосередній корекції при скаргах на болі у спині.