

УДК 617.546.616.8-009.7

**ПЛЕКСОПАТИИ И ТУННЕЛЬНЫЕ СИНДРОМЫ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ  
ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ХРОНИЗАЦИИ**

**Абдукадирова Д. Т**

**Салахитдинова Н**

**Тухтасинов Х**

*Андижанский государственный медицинский институт.*

*Кафедра неврологии*

Не менее 78% населения хотя бы раз в жизни испытывают боль в шее и верхних конечностей. Тот факт, что пациенты с болями в позвоночнике и конечностях – это преимущественно люди трудоспособного возраста, переводит проблему в разряд не только медицинских, но и социально-экономических.

Болевой синдром при различных клинических проявлениях заболеваний нервной системы является ведущим критерием для определения лечебных мероприятий и проведения экспертной оценки и трудового прогноза. Болевой синдром при различных клинических проявлениях заболеваний нервной системы является ведущим критерием для определения лечебных мероприятий и проведения экспертной оценки и трудового прогноза.

Выделяют 4 степени болевого синдрома:

1. – Резко выраженный болевой синдром – боли в покое, выраженное анталгическое положение, пациент не может передвигаться, не может уснуть без приёма снотворных препаратов и анальгетиков.

2. – Выраженный болевой синдром – боли в покое, но меньше, передвигается с трудом в пределах комнаты, при ходьбе возникает анталгическая поза.

3. – Умеренный болевой синдром – боли возникают только при движении.

4. – Слабый болевой синдром – боли возникают только при тяжелой физической нагрузке.

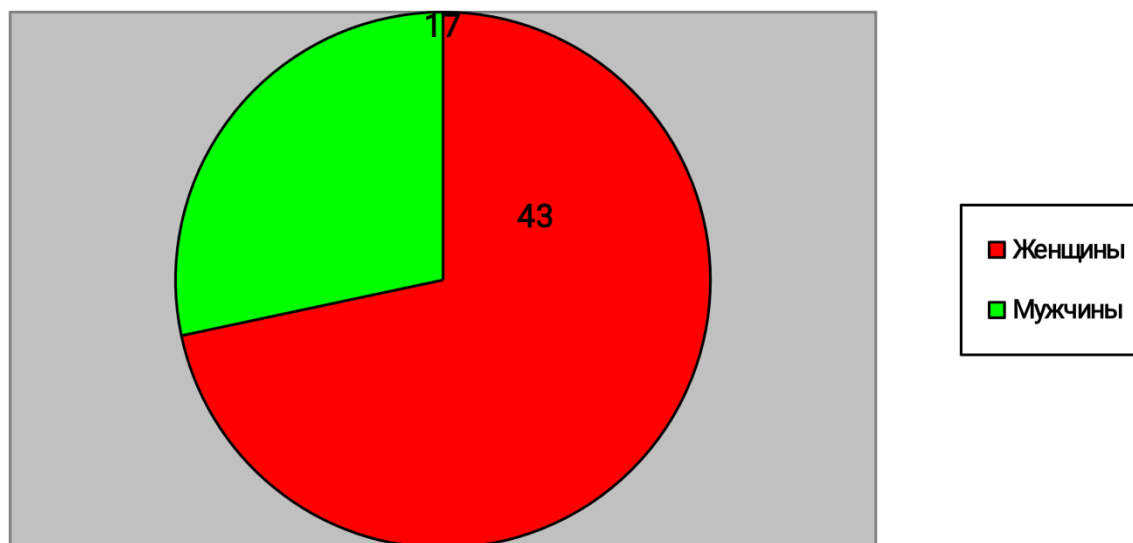
Терапия плексопатии является комплексной и решает следующие задачи:

1. раннее и качественное устранение болевого синдрома;
2. улучшение кровообращения и питания тканей в зоне поражения;
3. нормализация работы нервных сплетений и возобновление функционирования поражённых частей тела.

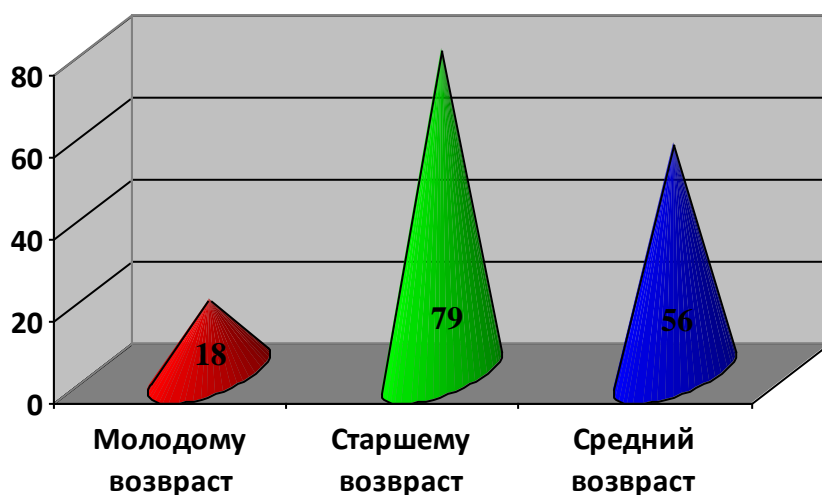
**Цель исследования:** Изучить эффективность применения Теноксикам-Альтикам в комплексной терапии больных и профилактика хронизации боли при плексопатиях и туннельных синдромах верхних конечностей

**Материалы и методы исследования:** В отделениях неврологии клиник АГМИ было обследовано и получили лечение 60 больных с дегенеративно-

дистрофическими заболеваниями позвоночника, в частности с шейным остеохондрозом осложненным туннельным синдромом (43 женщины, 17 мужчин).



Самому молодому больному было 18 лет, а самому старшему – 79 лет, средний возраст – 56±3,4 года.



Обследование больных включало оценку: соматического статуса, неврологического статуса, спондилограмм, МСКТ и денситометрических данных. Всем пациентам проведено МРТ исследования позвоночника с напряженностью поля 1,5Т. Диагноз базировался на данных комплексного обследования. Оценка интенсивности болевого синдрома проводили по визуальной аналоговой шкале (ВАШ).

**Результаты и обсуждение:** Нами была изучена эффективность и безопасность Теноксикам-Альтикама по сравнению с другими НПВС. По полученным результатам при сопоставлении групп сравнения были получены следующие показатели: в группе пациентов которые получали Теноксикам-Альтикам внутривенно облегчение боли достигалось быстрее и эффект продолжался дольше по сравнению с другими НПВС. В группе пациентов, получавших Теноксикам Альтикам внутривенно, через 14 дней наблюдения интенсивность боли снизилась до 60,5%, в то время как в группе сравнения этот показатель был равен 40,6%. Интенсивность боли на 14 день наблюдения в основной группе уменьшился до 18,1 балла, тогда как в группе сравнения до 25,5 балла. Эти результаты наводят на следующие выводы – возможно вышеизложенные свойства Теноксикам-Альтикама обусловлен фармакокинетическими преимуществами данного препарата, особенностью которого является большая продолжительность действия и длительный период полувыведения – 72 часа (от 59 до 74 часов).

Нежелательные побочные эффекты наблюдались в 47,6% случаев при применении обычных НПВС и у 26,3% пациентов в группе теноксикама. Теноксикам продемонстрировал разумный баланс между эффективностью и безопасностью.

Полученные результаты позволяют сделать следующие **выводы:**

1. Теноксикам-Альтикам по коэффициенту польза\риск превосходит аналогичные коэффициенты других обычных НПВС.

2. Теноксикам-Альтикам имеет преимущество по сравнению с другими НПВС в терапии болевых синдромов и по силе действия и по продолжительности эффекта.

3. Возможно, что использование теноксикама, препарата являющегося сильным ингибитором металлопротеазы, может снизить катаболизм хряща у пациентов с дегенеративно-дистрофическими изменениями позвоночника

#### **ЛИТЕРАТУРА:**

1. Assmus H., Antoniadis G., Bischoff C. Carpal and cubital tunnel and other, rarer nerve compression syndromes // Dtsch Arztebl Int. 2015. Vol. 112(1–2). P. 14–25.

2. Левин О.С. Полиневропатии. М.: МИА, 2005. 495 с. [Levin O.S. Polyneuropathies. M.: MIA, 2005. 495 s. (in Russian)].

3. Аль-Замиль М.Х. Карпальный синдром // Клиническая неврология. 2008. №1. С. 41–45 [Al'-Zamil' M.H. Karpal'nyj sindrom // Klinicheskaja nevrologija. 2008. №1. S. 41–45 (in Russian)].

4. Лобзин В.С. Туннельные компрессионно-ишемические невропатии. Л.: Медицина. 1984. 298 с. [Lobzin V.S. Tunnel'nye kompressionno-ishemicheskie nevropatii. L.: Medicina. 1984. 298 s. (in Russian)].

5. Попелянский Я.Ю. Ортопедическая неврология (вертеброневрология). М.: МЕДпресс-информ. 2009. 672 с. [Popeljanskij Ja.Ju. Ortopedicheskaја nevrologija (vertebronevrologija). M.: MEDpress-inform. 2009. 672 s. (in Russian)].

6. Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на мононейропатії. Наказ МОЗ України від 13.06.2008 №317 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Нейрохірургія» // Український нейрохірургічний журнал. 2008. №3. С.97–100 [Klinichnij protokol nadannja medichnoї dopomogi hvorim na mononejropatiї. Nakaz MOZ Ukraїni vid 13.06.2008 №317 «Pro zatverdzhennja klinichnih protokoliv nadannja medichnoї dopomogi za special'nistju «Nejrohirurgija» // Ukraїns'kij nejrohirurgichnij zhurnal. 2008. №3. S.97–100 (in Russian)].

7. Баринов А.Н. Тоннельные невропатии: обоснование патогенетической терапии // Врач. 2012. №4. С. 31–37 [Barinov A.N. Tonnel'nye nevropatii: obosnovanie patogeneticheskoy terapii // Vrach. 2012. № 4.S. 31–37 (in Russian)].

8. Голубев В.Л., Данилов А.Б., Меркулова Д.М., Орлова О.Р. Туннельные синдромы руки // РМЖ. Спец. вып. «Болевой синдром». 2009. №0. С.7–12 [Golubev V.L., Danilov A.B., Merkulova D.M., Orlova O.R. Tunnel'nye sindromy ruki // RMZh. Spec. vup. «Bolevoj sindrom». 2009. №0. S.7–12 (in Russian)].

9. Presciutti S., Rodner C.M. Pronator syndrome // J Hand Surg. 2011. Vol. 36A. P.907–909.

10. Horak B.T., Kuz J.E. An unusual case of pronator syndrome with ipsilateral supracondylar process and abnormal muscle mass // J Hand Surg. 2008. Vol. 33A. P.79–82.