

УДК 616.711-002.16:616.891.6

**ВЛИЯНИЕ ОТВЛЕКАЮЩЕГО РАЗДРАЖИТЕЛЯ
НА ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ БОЛИ БОЛЬНЫМИ
С ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА**

Б.Б. Гелесханов

Проведено обследование больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника с целью изучения эмоционального уровня боли и его изменения в зависимости от метода лечения.

Ключевые слова: остеохондроз; чувство страха; чувство тревоги.

**INFLUENCE OF DISTRACTING STIMULUS ON PERCEPTION PAIN FEATURES
IN PATIENTS WITH DEGENERATIVE DYSTROPHIC VERTEBRAL DISEASES**

B.B. Geleskhanov

It is conducted patients examination with degenerative dystrophic vertebral diseases for the purpose of learned of emotional level of pain and its change depending on a treatment method.

Key words: osteochondrosis; fear feeling; anxiety.

Отечественными и зарубежными вертебрологами в последние десятилетия отмечается значительное увеличение частоты дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника. Это обстоятельство определило социальную проблему для большинства развитых стран мира. Болезни позвоночника относятся к заболеваниям, наносящим значительный экономический ущерб [1–4].

Пояснично-крестцовая локализация дегенеративного поражения определяется более чем у 60,0 % больных [5]. Боль в пояснице (люмбаго) и боль, отдающая в ногу по ходу седалищного нерва (ишиас) являются одной из самых распространенных жалоб, с которыми пациенты обращаются за медицинской помощью. В связи с тем, что эти симптомы встречаются довольно часто в общей популяции, а также отмечается их неуклонный рост, диагностика и лечение таких больных будет оставаться одним из основных направлений деятельности нейрохирургических стационаров [6, 7].

Остеохондроз позвоночника является длительным заболеванием. Его клинические проявления в одних случаях месяцами и годами могут отсутствовать или быть совершенно стертыми, латентно протекающими. В других случаях они эпи-

зодически проявляются отдельными синдромами, которые сменяют друг друга в виде различной продолжительности рецидивов и ремиссий [8].

Основным и ранним проявлением ОП является болевой синдром, который представляет собой не только проявление локальной дегенеративно-дистрофической патологии МПД и окружающих его образований, а заболевание всего организма, обусловленное нарушением его важнейших функциональных систем. Это структурные и метаболические изменения в межпозвоночном хряще, сопровождающиеся аутоиммунным процессом, нарушением сегментарных и надсегментарных функций центральной нервной системы, различных сторон нейрогуморальной регуляции. Возникающие при этом вегетативно-сосудистые дисфункции, сдвиги в симпатoadреналовой и вагоинсулярной, холинергической, гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системах изменяют саморегуляцию, лежащую в основе саногенеза, обеспечивающего адаптацию организма к меняющимся условиям внешней и внутренней среды [9, 10].

Вне зависимости от того, каковы механизмы возникновения ноцицептивной информации на периферии, в формировании боли ключевое значение имеют процессы, происходящие в центральной

нервной системе. Именно на основе центральных механизмов – конвергенции, суммации, взаимодействия быстрой миелинизированной и медленной немиелинизированной систем на разных уровнях головного мозга – создаются ощущение и качественная окраска боли при действии различных ноцицептивных раздражений [11].

Ю.Ф. Каменев считает, что став источником патологической импульсации, спазм мышц активизирует как центральные, так и периферические механизмы вегетативной нервной системы, которые прочно закрепляют патологическое состояние мышц в заблокированном режиме. Выйти самостоятельно из этого состояния мышцы не могут, в результате чего в очаге поражения возникают патологические круги. Рефлекторный спазм глубоких мышц спины вызывает сжатие смежных позвонков, усиливая давление на фиброзное кольцо, что приводит к усилению боли. Вне позвоночника напряженные мышцы вызывают компрессию сосудов и нервов и возникает порочный круг патологической болевой импульсации [12].

Таким образом, для возникновения невропатической боли необходимо соединение двух основных событий – повреждения структур соматосенсорной нервной системы и дисфункции в корково-подкорковых отношениях головного мозга. Именно наличие дисфункции стволовых структур головного мозга во многом будет предопределять реакцию мозга на повреждение, способствовать существованию долго длящейся гипервозбудимости ноцицептивной системы и персистированию болевой симптоматики [13].

Сегодня очевидным является тот факт, что выраженность болевого синдрома не всегда коррелирует с размерами грыжи диска и степенью компрессии нервного корешка [14].

Кроме того, далеко не все пациенты могут описать свои симптомы, пользуясь дескрипторами, характерными именно для этого патологического состояния, что может приводить к постановке ошибочного диагноза и выбору неправильной терапии. Серьезным подспорьем для диагностики невропатической боли в последнее время становятся анкетные методы, которые позволяют врачу максимально объективизировать анализ болевого синдрома с точки зрения его патофизиологических механизмов (ноцицептивная боль, невропатическая, смешанная), что является очень важным, прежде всего, с точки зрения лечения. Если врач оценивает боль как ноцицептивную, то наилучшими средствами для ее лечения будут простые анальгетики и НПВП. Если боль является невропатической или имеется невропатический компонент, то препаратами выбора являются антиконвульсан-

ты (прегабалин, габапентин), антидепрессанты, опиоидные анальгетики и лидокаин. В случае смешанных болевых синдромов возможна комбинированная терапия с выбором средств в зависимости от представленности ноцицептивного и невропатического компонентов [15].

Целью данного исследования явилось изучение и сравнение изменений эмоционального уровня боли при дегенеративных заболеваниях позвоночника на фоне стандартного лечения и лечения с применением дополнительных методов, что в дальнейшем позволило бы разработать и внедрить эффективный метод терапии дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 70 пациентов в возрасте 45–55 лет с остеохондрозом и дискогенными нарушениями позвоночника (грыжи дисков с различной локализацией на уровнях L3–L4, L4–L5, L5–S1) (M51). Все пациенты были разделены на две группы:

I группа – 35 человек – пациенты, получавшие только стандартную терапию по следующей схеме: в острый период: НПВП Вольтарен 3,0 в/м № 5–7, миорелаксант Мидокалм 2,0 в/м № 10, витамины группы В Мильгамма 2,0 в/м № 10, сосудистый препарат – Никотиновая кислота по схеме: 1,0–2,0–2,0–3,0–3,0–3,0–3,0–2,0–1,0 в/м, Трентал 5,0 на 200,0 физраствора в/в капельно № 10. Физиолечение: электрофорез новокаином № 10.

После ликвидации острого периода – массаж спины 20 минут 10 дней, тракция позвоночника на аппарате «Ормед-профессионал» пять раз через день.

В восстановительный период применялась мануальная терапия (ПИР) 5 минут, вакуум-массаж 10 минут, тракция позвоночника 20 минут, хондропротектор алфлутоп 1,0 в/м № 10, хондроксид по 1 таблетке 2 раза в день 2 месяца, ЛФК.

II группа – 35 человек – пациенты, получавшие стандартную терапию с применением дополнительных методов, включающих в себя повторяющиеся механические болевые раздражения металлическим зондом участка кожи, чувствительного к боли в точке на тыльной стороне кисти, в углу, образованном проксимальными концами I и II пястных костей, в ямке вблизи от II пястной кости [3]. Данная методика носит характер физиологической адаптивной болевой стимуляции.

Для обследования пациентов нами была использована анкета [16, 17], в которой ставились вопросы для определения эмоционального уровня боли:

- 1) утомляет, изматывает;
- 2) вызывает чувство: тошноты, удушья;
- 3) вызывает чувство: тревоги, страха, ужаса;

4) угнетает, раздражает, злит, приводит в ярость, приводит в отчаяние;

5) обессиливает, оглушает, ослепляет.

Изменение эмоционального уровня боли оценивалось до и после лечения.

Результаты и обсуждения. В обеих исследуемых группах наблюдалась определенная динамика показателей эмоционального уровня боли. Как при стандартной терапии, так и при применении дополнительных методов уменьшилось чувство страха. В I группе показатель утомляющей боли уменьшился у пяти из 18 пациентов, что составило 27,8 %, во II группе данный показатель уменьшился у 11 пациентов из двадцати. Интенсивность изматывающей боли снизилась у половины больных из I группы и у всех больных из II группы. Чувство тревоги значительно снизилось у пациентов из I группы, и сохранилось у одного пациента из II группы. Чувство страха сохранилось у пациентов из обеих групп. Обессиливающая боль наблюдалась у 12 пациентов из I группы и у 7 больных из II группы. На фоне проведенного лечения в I группе данный показатель сохранился у 4 пациентов, в группе с применением дополнительных методов все больные отметили значительное улучшение состояния по данному показателю. Раздражающая боль наблюдалась у 6 больных из I группы и у 11 больных из II группы, на фоне проведенного лечения данный вид боли наблюдался у 9 больных из первой группы, что, возможно было связано с изменением ощущения боли на фоне лечения; во II группе данный симптом сохранился у 1 пациента, что составило 9,1 %. Остальные показатели у пациентов обеих групп изменялись незначительно (рисунок 1).

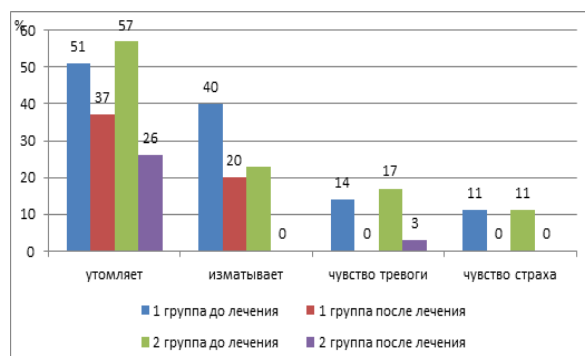


Рисунок 1 – Изменение эмоционального уровня боли на фоне проводимой терапии

Таким образом, у больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника в основном наблюдаются такие эмоциональные

проявления боли, как утомление, изматывание, обессиливание. На фоне проведенного лечения наблюдалась положительная динамика в отношении данных характеристик боли, однако на фоне применения терапии с использованием дополнительных методов лечения изменения имели более выраженный характер. Данные исследования позволяют использовать более эффективный способ лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника путем создания нового участка болевого возбуждения в головном мозге физиологического характера для улучшения качества жизни пациентов.

Литература

1. *Абелева Г.М.* Хирургическое лечение остеохондроза поясничного отдела позвоночника / Г.М. Абелева // Сборник СПбНИИТО «Остеохондрозы и пограничные состояния». СПб., 1993. С. 105–119.
2. *Руцкий А.В.* Нейроортопедические и ортопедоневрологические синдромы у детей и подростков / А.В. Руцкий, Г.Г. Шанько. Минск: Харвест, 1998. 336 с.
3. *Табеева Д.М.* Руководство по иглорефлексотерапии: учебное пособие. 2-е изд. М.: ФАИР-ПРЕСС, 2006. 752 с.
4. *Deyo R.A., Ranseville J., Kent D.L.* What can the history and physical examination tell us about low back pain? // JAMA. 1992. 268: 760–765.
5. *Лабаш А.Т.* Магнитно-резонансная томография при заболеваниях центральной нервной системы / А.Т. Лабаш, А.В. Холин. СПб., 1999. 192 с.
6. *Ширшов А.В.* Поясничный остеохондроз: диагностика, клиника и лечение / А.В. Ширшов, М.А. Пирадов // РМЖ. 2004. Т. 12. № 4. С. 212–215.
7. *Katz J. et al.* Degenerative lumbar spinal stenosis // Arthritis & Rheumatism. Vol. 38. № 9. September, 1995. P. 1236–124.
8. *Осна А.И.* Патогенетические основы клинических проявлений остеохондроза позвоночника / А.И. Осна. Новокузнецк, 1973. Ч. 1. С. 7–15
9. *Дривотинов Б.В.* Реабилитация клинических проявлений остеохондроза позвоночника (патогенетическое и саногенетическое обоснование) / Б.В. Дривотинов, Т.Д. Полякова, М.Д. Панкова // Мир спорта. 2007. № 1. С. 92–96.
10. *Дривотинов Б. В.* Физическая реабилитация при неврологических проявлениях остеохондроза позвоночника: учеб. пособие / Б.В. Дривотинов, Т.Д. Полякова, М.Д. Панкова. Минск: БГУФК, 2005. 211 с.
11. *Мелзак Р.* Загадка боли / Р. Мелзак. М.: Медицина, 1981. 232 с.
12. *Каменев Ю.Ф.* Боль в пояснице при остеохондрозе позвоночника. Петрозаводск: «Интел. Тек.», 2004. 99 с.

13. Кукушкин М.Л. Общая антология боли / М.Л. Кукушкин, Н.К. Хитров. М.: Медицина, 2004. 144 с.
14. Яхно Н.Н. Болезни нервной системы / Н.Н. Яхно. М.: Медицина, 2002.
15. Морозова О.Г. Нейропатическая боль: взгляд невролога / О.Г. Морозова, А.А. Ярошевский // Газета «Новости медицины и фармации». Неврология (339). 2010 (тематический номер).
16. Marchettini P. Editorial – The burning case of neuropathic pain wording // Pain. 2005. 114. 313–314.
17. Wall P.D., Melzack R., eds. Textbook of Pain. 4th ed. London, England: Churchill Livingstone, 1999.