

УДК 616.711-092-035

**ВОСПРИЯТИЕ БОЛИ БОЛЬНЫМИ С ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИМИ  
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ СОЗДАНИИ  
ЭКТОПИЧЕСКОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОЙ ДОМИНАНТЫ**

*Б.Б. Гелесханов*

Установлено, что создание нового участка возбуждения в головном мозге физиологического характера, в дополнение к стандартной терапии у больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника, достоверно повышает болевой порог, улучшая тем самым качество жизни пациентов.

*Ключевые слова:* боль; альгометрия; дегенеративно дистрофические заболевания позвоночника.

---

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

*B.B. Geleskhanov*

It is established that creation of the new site of excitement in a brain of physiological character, in addition to standard therapy in patients with degenerate and dystrophic diseases of a backbone, authentically raises a pain threshold, improving thereby quality of patients' life.

*Keywords:* pain; algometriya; degenerative dystrophic vertebral diseases.

Боли в спине – одна из наиболее частых жалоб, с которыми больной обращается к врачу. Около 20 % взрослого населения страдают от периодически повторяющихся болей в спине длительностью более трех дней. Среди них у 80 % под воздействием лечения боли проходят в течение месяца. Хроническое течение болей в спине выявлено в 4 % популяции. Чаще всего болями в спине страдают люди трудоспособного возраста от 30 до 45 лет [1–3]. Основными причинами доброкачественных болей в спине являются рефлекторные мышечно-тонические и миофасциальные болевые синдромы [1, 2, 4, 5]. Среди осложнений остеохондроза позвоночника доминируют рефлекторные мышечно-тонические синдромы [1, 2]. Согласно современным представлениям, при воздействии болевого стимула включаются механизмы 3-х уровней, и боль имеет 3 основных радикала: физиологический (функционирование ноцицептивных и антиноцицептивных систем), поведенческий (болевая поза и мимика, особая речевая и двигательная активность) и личностный (мысли, чувства, эмоции) [6]. При хронических болевых синдромах особое значение приобретают психологические факторы. Наиболее распространено мнение, что психологические нарушения первичны,

т. е. присутствуют исходно еще до появления алгических жалоб и, возможно, предрасполагают к их возникновению [7, 8]. В то же время длительно существующая боль может усугублять эмоциональные расстройства [6].

Исходя из понятий “физиологическая боль”, носящая адаптивный характер для организма, и “патологическая боль”, имеющая черты болезни, можно предположить, что, несмотря на различные причины и механизмы их развития, в обоих случаях имеет место ответная реакция антиноцицептивной системы.

Нами было установлено, что интенсивное раздражение кожи в точке, расположенной на тыльной стороне кисти, в углу, образованном проксимальным концом I и II пястных костей в ямке вблизи от II пястной кости, вызывает пограничное болевое ощущение без развития адаптации. Предполагалось, что создание нового очага раздражения будет формировать в головном мозге устойчивую систему возбуждения, вызывающую выброс эндорфинов и изменение эмоциональной картины боли, вызванной основным заболеванием.

Целью данного исследования явилось изучение влияния стандартной терапии дегенеративно-дистрофических изменений позвоночника с при-

менением дополнительных методов лечения на изменение характера и уровня боли.

**Материалы и методы исследования.** Для решения поставленной цели были проведены клинические наблюдения на пациентах, страдающих дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника, а именно: грыжей дисков L3–L4, L4–L5, L5–S1 (M40–M54) в возрасте 45–55 лет, в одинаковом соотношении мужчины и женщины. Пациенты были разделены на две группы:

I группа – пациенты, получавшие стандартное лечение – 30 человек. Стандартная терапия проводилась 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 с новокаином № 10.

После ликвидации острого периода: массаж спины – 20 минут в течение 10 дней, тракция позвоночника на аппарате “Ормед профессионал” – 5 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 – 30 человек. Пациенты, получавшие приведенное выше стандартное лечение в сочетании с дополнительным, которое состояло в создании активного периодического источника раздражения точки на коже, расположенной на тыльной стороне кисти, в углу, образованном проксимальными концами I и II пястных костей, в ямке вблизи от II пястной кости [9], на 4 дня с повторением сеанса через два дня.

Всем больным в начале и после окончания лечения проводилась альгезиметрия с использованием альгезиметра Алрутца, (который был модифицирован нами и регистрировал в граммах давление, при котором появлялось болевое ощущение) для верификации уровня болевых ощущений и оценки их динамики. Измерения выполняли в безболезненных сегментах спины и в сегментах с максимальной болезненностью.

Клиническая эффективность препарата оценивалась по изменению субъективного самочувствия, динамике показателей психологических тестов, пальпаторного определения мышечного спазма и альгеметрии.

**Результаты и обсуждение.** В обеих исследуемых группах наблюдалась определенная ди-

намика показателей уровня болевых ощущений. Субъективная оценка динамики болевого синдрома подтверждена объективным методом исследования – альгеметрией. После применения терапии с дополнительным методом лечения отмечено достоверное увеличение болевого порога в болевых точках (рисунок 1). Как при стандартной терапии, так и при применении дополнительных методов данный показатель повысился. В I группе больных исходный уровень альгеметрии составил  $131,6 \pm 50,8$  г/мм<sup>2</sup>, после лечения было отмечено значение  $145 \pm 59,4$  г/мм<sup>2</sup>. Во II группе больных до начала терапии показатель альгеметрии составил  $152,5 \pm 51$  г/мм<sup>2</sup>, после проведенной терапии уровень боли поднялся до  $184,1 \pm 63,8$  г/мм<sup>2</sup>. Включение дополнительного метода лечения путем создания нового источника боли малой интенсивности и носящего физиологический характер у данной группы пациентов увеличило уровень болевого порога.

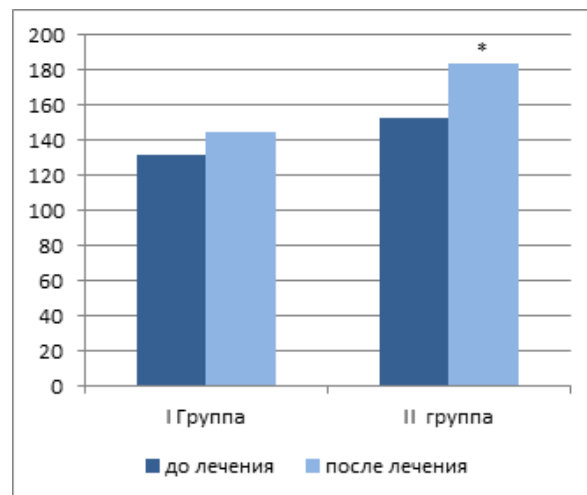


Рисунок 1 – Изменение показателей альгеметрии (г/мм<sup>2</sup>) на фоне стандартного и дополнительных методов лечения. \* –  $P < 0,05$

У больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника наблюдается увеличение показателей альгеметрии. На фоне проведенного лечения наблюдалась положительная динамика в отношении данной характеристики боли, однако на фоне применения терапии с использованием дополнительных методов лечения изменения имели более выраженный характер. Данные исследования позволяют использовать для улучшения качества жизни пациентов более эффективный способ лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника путем создания нового участка болевого возбуждения физиологического характера в головном мозге.

**Литература**

1. Богачева Л.А. Дорсалгии: классификация, механизмы патогенеза, принципы ведения (опыт работы специализированного отделения боли) / Л.А. Богачева, Е.П. Снеткова // Неврологический журнал. 1996. № 2. С. 8–12.
2. Вознесенская Т.Г. Болевые синдромы в неврологической практике / Т.Г. Вознесенская А.М. Вейн (ред.) М.: Медпресс, 1999. С. 217–80.
3. Попелянский Я.Ю. Болезни периферической нервной системы / Я.Ю. Попелянский. М.: Медицина, 1989. 462 с.
4. Тревелл Д.Г. Миофасциальные болевые синдромы: в 2 т. / пер. с англ.; Д.Г. Тревелл, Д.Г. Симоне. М.: Медицина, 1989. Т. 1, 2.
5. Muscle Spasms and Pain. M. Emre, H. Mathies (eds.). USA. PPG. 1988. 144 p.
6. Sanders S.H. Behavior assessment of clinical pain: appraisal of current status // New York: Academic Pres, 1979. Vol. 8. 310 p.
7. Колосова О.А. Современные аспекты клиники и патогенеза мигрени / О.А. Колосова, В.В. Осипова // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1991. № 5. С. 104–106.
8. Keefe F.J., Lefebvre J. Pain behavior concepts: Controversies, current status and future directions // In G. Gebhart, D.L. Hammond and T.S. Jensen. Proceedings of the VII World Congress of Pain. New York: Elsevier, 1994. P. 127–148.
9. Табеева Д.М. Руководство по иглорефлексотерапии: учебное пособие / Д.М. Табеева. 2-е изд. М.: ФАИР-ПРЕСС, 2006. 752 с.