



Ю.В. Бобрик

ДИНАМИКА ПОРОГА ПОВЕРХНОСТНОЙ БОЛЕВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ И ВЫРАЖЕННОСТИ СУБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ БОЛЕВЫХ ОЩУЩЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ

Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского, г. Симферополь.

Ключеві слова: больвовий синдром, поверхнева больова чутливість, остеохондроз хребта, реабілітація.

Ключевые слова: болевой синдром, поверхностная болевая чувствительность, остеохондроз позвоночника, реабилитация.

Key words: pain syndrome, painful sensitivity, vertebral osteochondrosis, rehabilitation.

У даній роботі проаналізовано взаємозв'язок між порогом поверхневої больової чутливості та оцінкою вираженості болю у хворих остеохондрозом хребта з неврологічними проявами на різних етапах комплексної реабілітації. Було встановлено, що при проведенні комплексної реабілітації у хворих остеохондрозом хребта з неврологічними проявами зростає поріг больової чутливості, знижується вираженість болю.

В данній роботі проаналізована взаємозв'язок між порогом поверхневої больової чутливості та суб'єктивною оцінкою вираженості болю в больових остеохондрозом позвоника з неврологічними проявами на різних етапах комплексної реабілітації. Було встановлено, що при проведенні комплексної реабілітації в больових остеохондрозом позвоника з неврологічними проявами зростає поріг больової чутливості, знижується вираженість болю.

The interrelationship between threshold of painful sensitivity in paravertebral zone and subjective assessment of marked pain syndrome of patients with vertebral osteochondrosis with different neurological manifestations on different stadium of complex rehabilitation is analyzed. It has been established, that during of complex rehabilitation patients with vertebral osteochondrosis with different neurological manifestations the thresholds of painful sensitivity in paravertebral zone increase, the subjective assessment of marked pain syndrome decrease.

В настоящее время является общепризнанным, что значительная часть (77-95%) так называемых вертеброгенных заболеваний нервной системы обусловлена остеохондрозом позвоночника [4, 5 6, 11]. Вертеброгенные заболевания нервной системы занимают первое место среди заболеваний нервной системы по распространенности и числу дней нетрудоспособности [6, 8]. В структуре общей заболеваемости по удельному весу эта патология стоит на третьем месте и является важной медицинской и социально-экономической проблемой [8]. Согласно результатам эпидемиологических исследований 33% людей трудоспособного возраста испытывали боль в спине в момент исследования, 65% — в течении последнего года и 84% страдали от боли в спине хотя бы раз в жизни [2].

Как правило, боль является обязательной составляющей клинических проявлений вертеброгенных заболеваний нервной системы, поэтому чрезвычайно важно для корректной диагностики и эффективности терапии и реабилитации проводить адекватную, объективную оценку выраженности болевой синдромы [9,10]. На сегодняшний день остаётся мало изученной взаимосвязь особенностей болевой чувствительности и субъективной оценки болевых ощущений у больных остеохондрозом позвоночника с неврологическими проявлениями на различных этапах комплексной терапии и реабилитации с использованием ЛФК и физиотерапии [2,3,4,5,6,7,8,11].

Исходя из вышеизложенного, **ЦЕЛЬЮ** настоящей **РАБОТЫ** явилось исследование взаимосвязи между динамикой порога поверхностной болевой чувствительности и субъективной оценкой болевых ощущений у больных остеохондрозом позвоночника с неврологическими проявлениями на различных этапах комплексной терапии и реабилитации с применением ЛФК и физиотерапии.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

В исследование принимали участие 215 практически

здоровых лиц и 191 человек больной остеохондрозом позвоночника с неврологическими проявлениями в возрасте с 17 до 35 лет.

В исследование использовался предложенный автором патентованный способ определения поверхностной болевой чувствительности [1]. Порог болевой чувствительности тестировали с помощью лабораторного алгезиметра. Для этого у практически здоровых лиц алгезиметр устанавливали на паравертебральные точки, расположенные на поясничной области на уровне сегментов Th₁₀ – S₁ и производили на него давление до возникновения отчетливого болевого ощущения. Найденный порог возбудимости выражали в единицах шкалы алгезиметра (усл. ед.).

Также алгезиметрия производилась паравертебрально в области поражённого ПДС (позвоночного двигательного сегмента) у больных с установленным клинически и рентгенологически диагнозом остеохондроз грудного, пояснично-крестцового отдела позвоночника с неврологическими проявлениями (вертеброгенная дорсалгия, люмбагия, люмбоишиалгия, радикулопатия) в остром, подостром периоде заболевания и период неполной ремиссии и ремиссии при проведении комплексной реабилитации. Результаты обследования сравнивались с величиной порога болевой чувствительности у практически здоровых лиц. Степень выраженности субъективной оценки болевых ощущений у пациентов определялась по визуально-аналоговой шкале (ВАШ).

Обработку и анализ экспериментальных данных проводили с помощью методов вариационной статистики, корреляционного анализа. В качестве критерия оценки достоверности наблюдаемых различий использовали t-критерий Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты исследования представлены в *таблице 1*.

Выявлено, что уровень порога болевой чувствительно-

Таблица 1
Уровень порога болевой чувствительности у обследуемых (M±m)

Группа обследуемых	Уровень порога болевой чувствительности			
	остром периоде заболевания	подостром периоде заболевания	периоде неполной ремиссии	периоде ремиссии
Больные остеохондрозом грудного и пояснично-крестцового отделов позвоночника	12,1±0,7**	22,3±0,9**	30,1±0,5*	38,7±1,0*

Примечание: *— $p < 0,05$. **— $p < 0,001$ по сравнению с группой практически здоровых лиц

сти был снижен (гиперальгезия) у всех обследуемых больных остеохондрозом грудного и пояснично-крестцового отделов позвоночника в острый и в подострый период заболевания по сравнению с группой практически здоровых лиц ($34,5 \pm 0,9$ усл.ед.). Так уровень порога поверхностной болевой чувствительности был ниже (гиперальгезия) в группе больных остеохондрозом позвоночника с неврологическими проявлениями в острый в 2,9 раза ($p < 0,001$), в подострый период в 1,5 раза ($p < 0,001$) и в период неполной ремиссии на 13% ($p < 0,05$), чем в группе практически здоровых лиц. При обследовании пациентов в периоде ремиссии определялось повышение уровня порога болевой чувствительности в 3,2 раза ($p < 0,001$) в сравнении с острым периодом, в 1,7 раза ($p < 0,001$) в сравнении с подострым периодом, в сравнении с периодом неполной ремиссии на 22% ($p < 0,05$) и на 12% ($p < 0,05$) в сравнении с группой практически здоровых лиц.

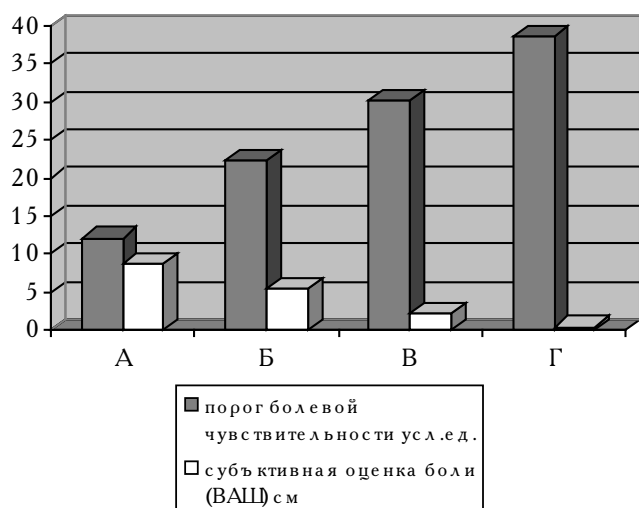


Рис. 1

Степень выраженности субъективной оценки болевых ощущений у пациентов, определяемая по визуально-аналоговой шкале, наиболее высокой была в остром периоде заболевания и составила $8,7 \pm 0,2$ см, умеренно выраженной в подострый период - $5,4 \pm 0,3$ см, менее

выраженной - $2,1 \pm 0,9$ см в период неполной ремиссии и незначительной в период ремиссии - $0,4 \pm 0,05$ см. Как видно на рисунке 1 имеется взаимосвязь между уровнем порога болевой чувствительности и степенью выраженности субъективной оценки болевых ощущений – чем более выражена субъективная оценка болевых ощущений, тем меньше порог болевой чувствительности, и наоборот - чем больше уровень порога болевой чувствительности, тем меньше выражена субъективная оценка болевых ощущений. Определенная закономерность, в виде тесной обратной корреляционной взаимосвязи между уровнем порога болевой чувствительности и степенью выраженности субъективной оценки болевых ощущений, коэффициент корреляции при этом составлял - 0,77 ($p < 0,001$). Это может быть использовано как при диагностики неврологических проявлений остеохондроза – для объективного установления степени выраженности болевого синдрома, периода заболевания, выявления агроваций, симуляций, так и для объективной оценки эффективности терапии и реабилитационных мероприятий в отношении купирования болевого синдрома, нарушений чувствительности.

ВЫВОДЫ

1. Порог поверхностной болевой чувствительности в паравертебральных точках на уровне поражённого ПДС у больных остеохондрозом позвоночника с неврологическими проявлениями зависит от периода заболевания, этапа комплексной терапии и реабилитации
2. Показано, что порог поверхностной болевой чувствительности в паравертебральных точках на уровне поражённого ПДС был снижен (гиперальгезия) у всех обследуемых больных остеохондрозом позвоночника с неврологическими проявлениями в острый и в подострый период, период неполной ремиссии заболевания, по сравнению с группой практически здоровых лиц.
3. Было выявлено повышение уровня порога поверхностной болевой чувствительности у обследуемых больных остеохондрозом позвоночника с неврологическими проявлениями в период ремиссии по сравнению с аналогичными показателями у больных в остром и в подостром периоде заболевания, в период неполной ремиссии и у практически здоровых лиц
4. У пациентов больных остеохондрозом позвоночника с неврологическими проявлениями отмечалась тесная корреляционная взаимосвязь между уровнем порога поверхностной болевой чувствительности в паравертебральных точках на уровне поражённого ПДС и показателем степени выраженности субъективной оценки болевых ощущений – чем более выраженнее была субъективная оценка боли, тем меньший порог болевой чувствительности определялся у испытуемого и наоборот.
5. Открытая закономерность, в виде тесной корреляционной взаимосвязи между уровнем порога болевой чувствительности и степенью выраженности субъективной оценки болевых ощущений, позволяет использовать предложенный способ определения поверхностной болевой чувствительности для объективной диагностики степени



выраженности болевого синдрома и оценки эффективности терапии и реабилитации у больных остеохондрозом позвоночника с неврологическими проявлениями.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бобрик Ю.В. Патент на корисну модель № 35398 А. Україна. МПК А 61 У 10/00. Спосіб діагностики поверхневої больової чутливості / Заявка № у 2008 06230. - Заявл. 12.05.2008 р. - Оpubл. 10.09.2008 р., Бюл. № 17.
2. Герасимова М.М., Базанов Г.А. Пояснично-крестцовые радикулопатии (этиология, патогенез, клиника, профилактика и лечение).-М.; Тверь, 2003.-151 с.
3. Гиоев П.М., Кокин Г.С., Худяев А.Т. Лечение болевого при остеохондрозе позвоночника //Журнал невропатологии и психиатрии. - 1992. - №3. - С. 10-13.
4. Елифанов В.А. Остеохондроз позвоночника (диагностика, лечение, профилактика): Руководство для врачей.- 2-е изд., испр. и доп. / Елифанов В.А., Елифанов А. В. - М.: «МЕД пресс-информ», 2004.- 272 с.
5. Коган О. Г., Найдин В. Л. Медицинская реабилитация в неврологии и нейрохирургии.—М., 1988.—304 с.
6. Клименко А.В., Ярковая С.В., Каленова И. В., Крикота Е. Н. Новые аспекты ведения больных с остеохондрозом // Международный неврологический журнал. - 2008. - №2(18). - С. 58-61.
7. Клименко О.В., Асауленко О.І., Головченко Ю.І. Особливості патогенезу попереково-крижового болу у чоловіків фертильного віку з урогенітальною патологією на фоні артеріальної гіпертензії// Международный неврологический журнал. - 2006. - №2(6). - С. 101-104.
8. Пещина Г.О. Клиническое течение радикулопатий профессионального генеза у жителей европейского Севера // Международный неврологический журнал. - 2008. - №2(18). - С. 106-110.
9. Ральф Барон Современные средства диагностики боли при невралгии: от лаборатории к постели больного. //Международный неврологический журнал.- 2007. - №3(13).- С.108-114.
10. Рональд М. Каннер. Секреты лечения боли / пер. с английского.- М.: Изд-во БИНОМ.- 2006. - С.400.
11. Щедренко В.В., Олейник А.Д., Могучая О.В. Поясничный остеохондроз —СПб, 2003. — 264 с.

Автор: Бобрик Юрий Валериевич, канд. мед. наук, доцент кафедры ЛФК, спортивной медицины и физиотерапии с курсом физического воспитания (зав. – проф. Горлов А. А.) Крымского государственного медицинского университета им. С. И. Георгиевского, врач-невропатолог первой категории поликлиники КГМУ.

Адрес: Украина, Автономная республика Крым, г. Симферополь, Бульвар Ленина, д. 1/7, кв.1, 95006
Тел. домашний 8(0652)25-59-37, мобильный 8-095-507-64-61

УДК 616.31-006

О.Н. Воробьев, Е.В. Шмыкова, Н.П. Тимошев, Н.О. Воробьев

РЕГИОНАРНАЯ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ РОТОВОЙ ЧАСТИ ГЛОТКИ

Запорожский областной клинический онкологический диспансер

Ключові слова: рак ротоглотки, катетеризація зовнішньої сонної артерії, внутрішньоартеріальна хіміотерапія, променева терапія, хірургічне лікування, ангиографія, поліплатиллен.

Ключевые слова: рак ротоглотки, катетеризация наружной сонной артерии, внутриартериальная химиотерапия, лучевая терапия, хирургическое лечение, ангиография, полиплатиллен.

Key words: oropharynx cancer, introarterial chemotherapy, radiotherapy, angiography, poliplatillen.

При порівнянні різних методів лікування хворих на злоякісні новоутворення ротової частини глотки показано, що променеву терапію необхідно комбінувати з внутрішньоартеріальною хіміотерапією з використанням препарату поліплатиллену, що дає оптимальний лікувальний ефект.

При сравнении различных методов лечения больных злокачественными новообразованиями ротовой части глотки показано, что лучевую терапию необходимо комбинировать с внутриартериальной химиотерапией с использованием препарата полиплатиллена, что дает оптимальный лечебный эффект.

The group of patients with malignant tumors of oropharynx was investigated in Zaporozhe Regional oncology center. We known that the introarterial chemotherapy of these patients must be combinated with radiotherapy and surgical treatment. It give us optimal treatment effect in these group of patients.

Актуальность проблемы злокачественных опухолей ротовой части глотки определяется не только их количественным ростом, но и отсутствием заметных успехов в улучшении своевременной диагностики и результатов лечения больных с этой патологией.

Так при анализе заболеваемости за последние двадцать лет, число злокачественных новообразований (ЗН) ротоглотки по Запорожскому региону возросло практически в 8 раз [8].

Диагностика злокачественных опухолей ротоглотки базируется на клинических и морфологических данных и при тщательном, целенаправленном обследовании больных не представляет особых трудностей. Вместе с тем, большинство больных со злокачественными новообразованиями ротоглотки госпитализируются в специализированные стационары при далеко зашедших стадиях заболевания [4,5,6].

ЦЕЛЬ: сравнить эффективность применения лучевой терапии, системной полихимиотерапии с лучевой терапией, регионарной внутриартериальной полихимиотерапии с лучевой терапией в различных комбинациях препаратов при лечении больных со злокачественными новообразованиями ротовой части глотки.

КЛИНИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Сложное анатомическое строение ротоглотки, обусловленное перекрестом дыхательного и пищеварительного трактов, наличием слюнных желез и скоплениями лимфоидной ткани объясняет крайнее разнообразие гистологических структур опухолей. Так, в наших наблюдениях обнаружены:

плоскоклеточная ороговевающая и неороговевающая карцинома - 91,8%,
лимфоэпителиома - 4,1 %,
аденокарцинома - 2,5 %,