

ВЕСТНИК

Кыргызско-Российского
Славянского университета



В счастье или несчастье твои
Кем-то был праведный друг,
Вдали, или вблизи, трудился
Или же, парадный друг,
И суровый, так приобретал

Александр Пушкин

КОПИЯ ВЕРНА
Учёный секретарь
Учёного совета КРСУ
Абрамов Б.В.



2015

Том 15, № 7

СОДЕРЖАНИЕ

МЕДИЦИНА

<i>Авазканова Ш.Д.</i> Хирургическое лечение хронического геморроя IV стадии	3
<i>Айтбаев К.А., Мураталиев Т.М.</i> Манипуляции с кишечной микрофлорой как новая парадигма для диагностики, терапии и профилактики кардиоваскулярных заболеваний (Обзор литературы)	6
<i>Айтназаров М.С.</i> Оперативное лечение рецидива эхинококкоза печени поддиафрагмальной локализации	11
<i>Айтназаров М.С.</i> Резекция печени при диафрагмальной локализации паразитарных кист	13
<i>Аманбаева Г.Т., Абдыкадырова Ж.Э., Мамытов М.М., Халин А.В.</i> Возможности МРТ в дифференциальной диагностике альвеококкоза головного мозга	16
<i>Байгазаков А.Т.</i> Перспективы применения эндовидеохирургических технологий в лечении сочетанных хирургических и гинекологических заболеваний	21
<i>Байгазаков А.Т.</i> Лапароскопическая герниопластика: первый клинический опыт	24
<i>Безбазов Б.Х., Уметалиев Т.М., Мамашев Н.Д., Суров Э.А., Эсенкулов Ч.Т.</i> Операции при альвеококкозе печени с поражением нижней полой вены и воротной вены	27
<i>Буйлашев Т.С., Кошмуратов А.Г., Кудайбергенев Н.Н.</i> Особенности состояния здоровья детей, работающих на свалках промышленных отходов кыргызского химико-металлургического завода	31
<i>Буйлашев Т.С., Самизуллина А.Э., Жумашева Э.М.</i> Роль факторов «риска» рождения детей с низкой массой тела (Обзор литературы)	34
<i>Гаврилова О.Н.</i> Основные подходы научно-организационного и технического обеспечения биологической безопасности в Кыргызской Республике	37
<i>Галиуллина Е.В.</i> Патоморфологическое исследование ворсин хориона при герпесной инфекции в генезе ранних репродуктивных потерь	41
<i>Гелесханов Б.Б.</i> Влияние отвлекающего раздражителя на особенности восприятия боли больными с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника	44
<i>Гелесханова Ю.Н.</i> Липопротеин-ассоциированная фосфолипаза А2 (ЛПН-ФЛА2): роль в развитии сосудистых осложнений атеросклероза и возможности терапевтической коррекции	48
<i>Джолдошев Б.Т., Исмаилов А.А.</i> Факторы, влияющие на инновационную деятельность лечебно-профилактических организаций	54
<i>Джолдошев Б.Т., Каратаева А.М.</i> Дифференцированные коэффициенты потребления стоматологической помощи населению	57
<i>Доцанова А.М.</i> Вагинальные роды у женщин с рубцом на матке после предыдущего кесарева сечения	61
<i>Елясин П.А., Песин Я.М., Бейсембаев А.А., Великородова М.Я.</i> Структурная перестройка висцеральных лимфатических узлов при хроническом стрессе у кроликов	64
<i>Залеская Ю.В.</i> Роль социально-экономического статуса в развитии и прогрессировании коронарной болезни сердца (Обзор литературы)	67
<i>Картанбаев Ж.Ж.</i> Динамические показатели результатов лечения после полисегментарного эндопротезирования крупных суставов	72
<i>Картанбаев Ж.Ж.</i> Особенности реабилитации больных ревматическими заболеваниями после эндопротезирования крупных суставов	75
<i>Керимкулова А.С.</i> Лептин и параметры углеводного обмена у этнических кыргызов	78
<i>Керменбаева А.Ж.</i> Оценка медиаторов воспаления при формировании тубно-перитонеальной формы бесплодия у женщин репродуктивного возраста	82

<i>Керменбаева А.Ж.</i> Клинические проявления и факторный анализ трубно-перитонеального бесплодия у женщин репродуктивного возраста.....	85
<i>Кожанов А.С.</i> Сопутствующая патология у больных псориазом.....	89
<i>Кожанов А.С., Усубалиев М.Б.</i> Клинические варианты псориаза ногтевых пластин.....	92
<i>Кожухметова А.Н.</i> Нутрициональный статус и здоровье школьников, проживающих в г. Алматы.....	94
<i>Мадаминов А.М., Бектенов Ы.А., Айсаяев А.Ю., Люхуров Р.Н.</i> Способ хирургического лечения трансфинктерных и экстрасфинктерных свищей прямой кишки.....	99
<i>Мадаминов А.М., Бегалиев Б.К., Люхуров Р.Н., Мансурова А.Б.</i> Особенности хирургического лечения острого парапроктита.....	102
<i>Мансурова А.Б.</i> Ультразвуковая кавитация в комплексном лечении острого парапроктита на фоне сахарного диабета.....	105
<i>Мурталиев Т.М., Звенцова В.К., Неклюдова Ю.Н., Раджапова З.Т.</i> Особенности диагностики инфаркта миокарда правого желудочка (Обзор литературы).....	108
<i>Мурзалиев А.Д.</i> Иммунологические показатели у больных с острым пиелонефритом.....	112
<i>Мурзалиев А.Д.</i> Плазмаферез в лечении больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы.....	115
<i>Ниязалиева М.С., Тойгомбаева В.С.</i> Эволюция эпидемического процесса кори в Кыргызской Республике.....	117
<i>Норузбаева А.М., Амелин Е.Ю., Османкулова Г.Э., Мамасаидова С.Ш.</i> Кардиоваскулярные эффекты инкретиновых препаратов у больных сахарным диабетом 2 типа (Обзор литературы).....	121
<i>Нурғалиев Н.С., Арзыкулов Ж.А., Макимбетов Э.К.</i> Неoadьювантная химиотерапия рака мочевого пузыря.....	126
<i>Нурғалиев Н.С., Макимбетов Э.К., Райханова Л., Ажмагамбетова А.Е.</i> Эпидемиологические аспекты рака мочевого пузыря в Актюбинской области Республики Казахстан.....	130
<i>Омурзаков Б.А.</i> Применение В-адреноблокаторов при лечении гемангиомы у детей.....	133
<i>Салехов С.А., Утеғалиев Т.К., Салехова М.П., Адилбеков Е.А., Есикова Е.В.</i> Функциональные нарушения периферического кровообращения при ишемии миокарда.....	136
<i>Салханова А.Б.</i> Значение коммуникационного компонента в профилактике анемии.....	139
<i>Салханова А.Б.</i> Ферритин как индикатор биологического мониторинга статуса железа среди групп высокого риска.....	143
<i>Султангазиев Р.А., Бебезов Х.С., Нурманбетов Д.Н., Абиров К.Э., Тогочуев А.А.</i> Операционный доступ и способ ушивания передней брюшной стенки у больных портальной гипертензией.....	146
<i>Султангазиев Р.А.</i> Проксимальный спленоренальный анастомоз у больных, ранее перенесших гастротомию с прошиванием вен кардиального отдела пищевода со спленэктомией.....	149
<i>Субанова А.А.</i> Особенности эпидемиологии и патогенеза заболеваний пародонта (Обзор литературы).....	152
<i>Турдубаева Г.Т.</i> Классификация электроэнцефалограмм (Обзор литературы).....	156
<i>Турдубаева Г.Т.</i> Электроэнцефалограмма при дисциркуляторной энцефалопатии.....	159
<i>Тухватшин Р.Р., Гелесханов Б.Б.</i> Изменение характера хронической боли при дегенеративно-дистрофических заболеваниях позвоночника на фоне применения современных методов лечения.....	161
<i>Холин А.В., Аманбаева Г.Т., Какишов У.К.</i> Диагностические возможности РКТ и МРТ в распознавании альвеококкоза и эхинококкоза печени.....	164
<i>Чевгун С.Д., Абдылдаев И.З., Данияров Б.С., Аматаев Т.А.</i> Эндovasкулярные методы лечения хронических тотальных окклюзий коронарных артерий.....	170
<i>Шалбаева Р.Ш., Кайрбаев М.Р., Айтышова Д.К.</i> Диагностика и лечение рака вульвы.....	175

Ш
ме
Ш
ме

Ал
Ал
П
(ш

Ю
Се



УДК 616.711-002.16-03

**ИЗМЕНЕНИЕ ХАРАКТЕРА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ
ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЗВОНОЧНИКА
НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ**

Р.Р. Тухватшин, Б.Б. Гелесханов

Установлено, что дополнительное, отвлекающее раздражение кожи у больных с дегенеративно-дистрофическими изменениями позвоночника с выраженным болевым синдромом в сочетании со стандартной терапией изменяет характер боли. Уменьшается острота и интенсивность боли.

Ключевые слова: остеохондроз; острая боль; горячая боль.

**THE CHANGING NATURE OF CHRONIC PAIN IN DEGENERATIVE DISEASES OF SPINE
AT THE BACKGROUND OF MODERN METHODS OF TREATMENT**

R.R. Tuhvatshin, B.B. Geleskhanov

It is established additional, distracted skin irritation in patients with degenerative dystrophic vertebral changes with full-blown pain syndrome in addition to standart therapy vary pain character. It's ameliorated pain acuity and intensity.

Key words: osteochondrosis; acute pain; hot pain.

Актуальность. За последние десятилетия отмечается значительное увеличение частоты дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника [1–4]. В развитых странах 1,0 % населения утрачивает трудоспособность из-за боли в спине, а затраты на медицинское обслуживание и различные компенсации достигают 16 млрд долл. в год. Дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника преобладают среди всех ортопедических заболеваний у взрослых, составляя свыше 40,0 % [3, 5]. Болевые синдромы – одно из наиболее часто встречающихся состояний в практике врачей многих специальностей. До последнего времени считалось, что основную часть болевых синдромов составляет ноцицептивная боль и лишь приблизительно 1–1,5 % в популяции страдают хронической нейропатической болью любой этиологии [6]. Однако последние исследования, проведенные в этой области, вынуждают изменить эти представления. Масштабное эпидемиологическое исследование, проведенное в Европе в 2005 г., показало, что распространенность нейропатической боли среди населения разных стран колеблется в диапазоне 6–7,7 %. Так, во Франции

она составила 6,4 %, в Германии – 6 %, в Великобритании – 7,5 %, в Испании – 7,7 % [4]. К дегенеративно-дистрофическим заболеваниям позвоночника относят остеохондроз позвоночника, деформирующий спондилез, хрящевые узлы тел позвонков, спондилоартроз.

Возникновение боли при заболеваниях опорно-двигательного аппарата определяется поражением определенных анатомических структур. Так, при остеохондрозе дегенеративно-дистрофические процессы на фоне физической нагрузки на позвоночник сопровождаются сдавливанием корешков спинномозговых нервов, что приводит к нейрогенному воспалению, которое, в свою очередь, повышает возбудимость ноцицептивных нейронов задних рогов спинного мозга и соответствующих мотонейронов.

Развитие местного спазма поперечно-полосатой мускулатуры провоцирует развитие боли за счет нарушения микроциркуляции, приводящей к гипоксии и накоплению в тканях биологически активных веществ.

Вторично в позвоночнике и окружающих тканях развиваются трофические нарушения [7].

В итоге формируется порочный круг, разорвать который можно несколькими путями. Самый эффективный – это устранить само заболевание, вызывающее этот процесс, что не всегда возможно.

Другой путь, помимо основного лечения – назначение обезболивающих препаратов, которое ограничено опасностью к привыканию при длительном применении, изменение самого характера боли. Эта возможность основана на том, что независимо от вида и механизма развития периферических источников боли, конечное ее проявление и эмоциональная окраска зависят от аналитического эффекта различных структур головного мозга и могут быть значительно ослаблены включением антиноцицептивных систем. Известно, что при этом происходит активация опиатных рецепторов нейронов, расположенных, начиная от задних рогов спинного мозга до коры больших полушарий.

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 формирует 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 применением дополнительных методов лечения для изменения 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 физ. раствора в/в капельно № 10.

Физиолечение: электрофорез с новокаином № 10.

После ликвидации острого периода: массаж спины 20 мин 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 мин, тракция позвоночника 20 мин, хондропротектор алфлутоп 1,0 в/м №10, хондроксид по 1 таблетке 2 раза в день 2 месяца, ЛФК.

II группа – 30 человек – пациенты, получавшие стандартное лечение в сочетании с дополнительным путем создания 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 [8], на 4 дня с повторением сеанса через два дня.

Для оценки сенсорного уровня боли нами была использована анкета для опроса пациентов, включающая в себя визуализированную аналоговую шкалу оценки боли и Лидскую шкалу оценки боли [6, 9]. Пациентам необходимо было охарактеризовать характер ощущаемой боли по следующим критериям:

1. Пульсирующая.
2. Схватывающая.
3. Электрическому разряду.
4. Сильному удару тока.
5. Колющая.
6. Острая.
7. Режущая.
8. Тянущая.
9. Горячая.
10. Жгучая.
11. Ноющая.
12. Раскалывающая.
13. Разрывающая.
14. Проникающая.
15. Пронизывающая.
16. Пилящая.
17. Сковывающая.
18. Леденящая.
19. Грызущая.

Оценка характера боли проводилась до и после лечения.

Результаты и обсуждение. При обследовании больных пациентов, страдающих дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника, а именно: грыжей дисков L3–L4, L4–L5, L5–S1 (M40–M54) в возрасте 45–55 лет установлено, что

у них формируется своеобразное восприятие боли, вызванное этими заболеваниями. Наиболее часто боль характеризуется как пульсирующая (43,3 %), схватывающая (43,3 %), довольно часто в виде электрического разряда (40,0 %), сковывающая движение (36,6 %), нередко жгучая (46,6 %).

Под влиянием проведенного стандартного лечения в контрольной группе остались такие формы боли, как пульсирующая (30,0 %, $P > 0,05$) и схватывающая (33,3 %, $P > 0,05$). Произошло усиление ноющей боли (20,0 %, $P > 0,05$), уменьшились формы колющая боль (16,6 %, $P < 0,05$), острая боль (23,3 %, $P < 0,05$), жгучая боль (10,0 %, $P < 0,05$) и боль сковывающего характера.

Включение дополнительного метода лечения в форме создания нового источника боли малой интенсивности и носящей физиологический характер изменило характер боли у данной группы пациентов. Так, значительно уменьшилась пульсирующая боль – 10,0 % ($P < 0,05$), острая – 16,6 % ($P < 0,05$) и режущая боль – 6,6 % ($P < 0,05$) пациентов. Полностью перестали отмечаться жгучая боль и чувство жара. Не регистрировались проникающая и сковывающая боль. На фоне исчезновения острого характера боли она значительно уменьшилась в своей интенсивности, по сравнению с контрольной группой, и приняла ноющий характер (рисунок 1).

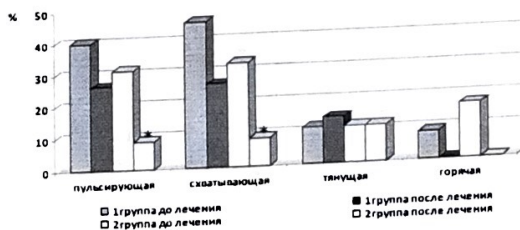


Рисунок 1 – Изменение характера боли на фоне стандартного и дополнительных методов лечения

Примечание * – $P < 0,05$, достоверно по сравнению с контрольной группой



На фоне применения стандартных методов лечения у больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника наблюдается положительная динамика в виде уменьшения и снижения интенсивности таких показателей, как пульсирующая, схватывающая. Однако при использовании дополнительных методов наблюдались более выраженные изменения в характере патологической боли, что дает основания предполагать, что сочетание стандартных методов терапии и дополнительных методов более эффективно в терапии болевого синдрома у больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника и позволяет улучшить качество жизни этих больных.

Литература

1. Абелева Г.М. Хирургическое лечение остеохондроза поясничного отдела позвоночника / Г.М. Абелева // Сб. СПб НИИТО «Остеохондрозы и пограничные состояния». СПб., 1993. С. 105–119.
2. Нордемар Р. Боль в спине: пер. со швед. / Р. Нордемар. 2-е изд. М.: Медицина. 1991. 230 с.
3. Шапиро К.И. Социально-гигиенические аспекты заболеваемости остеохондрозом / К.И. Шапиро // Остеохондрозы и пограничные состояния: Сб. научн. тр. СПб., 1993. С. 3–7.
4. Berney J. Epidemiologic des canaux lombaires croix // Neurochirurgie. 1994. V. 40. N 3. P. 174–178.
5. Фомичев Н.Г. Хирургическое лечение остеохондрозов позвоночника – проблемы, поиски, решения / Н.Г. Фомичев, А.В. Черспанов, Э.А. Рамих // Сб. тез. научн. конф. «Вертебрология – проблемы, поиски, решения». М., 1998. С. 158–159.
6. Wall P.D., Melzack R., eds. Textbook of Pain. 4th ed. // London, England: Churchill Livingstone, 1999.
7. Шевелев О.А. Общая патологическая физиология / О.Е. Шевелев, В.А. Фролов, Д.В. Билибин и др. М., 2013. С. 421–455.
8. Табеева Д.М. Руководство по иглорефлексотерапии: учебное пособие / Д.М. Табеева. 2-е изд. М.: ФАИР-ПРЕСС, 2006. 752 с.
9. Marchettini P., Editorial. – The burning case of neuropathic pain wording // Pain. 2005, 114. 313–314.

КОПИЯ ВЕРНА
Учёрный совет
Учёного совета КРСУ
Абрамов Б.Б.