**Василовський Віталій Вадимович. Клініко-патогенетична характеристика поперекових вертеброгенно обумовлених больових синдромів. : Дис... канд. наук: 14.01.15 – 2002**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| Василовський В.В. Клініко-патогенетична характеристика поперекових вертеброгенно обумовлених больових синдромів. – Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.15 - нервові хвороби. – Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України. Харків, 2002.Дисертація присвячена виявленню сукупності патогенетичних факторів розвитку поперекових вертеброгенно обумовлених больових синдромів. Показано велику роль порушення мікроциркуляції і трофіки в розвитку хронічного больового синдрому. Відзначено важливу роль взаємозв'язків і взаємовпливу таких психологічних чинників, як суб'єктивна оцінка інтенсивності болючих відчуттів і типу відношення до хвороби у пацієнтів із вертебральним поперековим больовим синдромом. На цій основі розроблена система лікувально-профілактичних заходів. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. В дисертації проведене теоретичне узагальнення і нове вирішення проблеми сукупності різних патогенетичних чинників поперекових вертеброгенно обумовлених больових синдромів і на цій основі розроблена система лікувально-профілактичних заходів.
2. Клініко-психологічні дослідження показали велику роль сукупності взаємозв'язку і взаємовпливу таких психологічних чинників, як суб'єктивна оцінка інтенсивності больових відчуттів і типу відношення до хвороби у пацієнтів з вертеброгенним поперековим больовим синдромом.
3. Відзначається певна специфічність суб'єктивної реакції особистості на хронічний больовий синдром. Жінки схильні оцінювати загальну інтенсивність больових відчуттів більш гостро і більш емоційно на них реагувати на тлі більш низького рівня оцінювання актуального больового відчуття. Чоловіки ж, навпаки, характеризуються більш гострою реакцією на актуальні больові відчуття і менше вираженими суб'єктивними реакціями на загальну інтенсивність болю та емоційними реакціями на нього.
4. Порівняльний аналіз показав, що максимальна (23,2±2,3 бали) загальна суб'єктивна інтенсивність больових відчуттів відзначається в групі хворих з рефлекторним больовим синдромом. Мінімальні значення (21,0±2,1) загальної інтенсивності больових відчуттів відзначаються у хворих з корінцевими больовими синдромами. У групі пацієнтів з змішаними больовими синдромами цей показник склав 22,4±2,0 бали.
5. Спрямованість реагування на хворобу детермінована переважно преморбідними особистісними особливостями, які в умовах хронічного захворювання стають більш вираженими, і характером клінічних проявів остеохондрозу поперекового відділу хребта. Наявність у хворого вираженої суб'єктивної інтенсивності больового синдрому є психологічним чинником “ризику” формування у нього того або іншого варіанта “дезадаптивного” реагування на своє захворювання.
6. Вегетативно-судинні розлади у хворих з більш вираженими психоемоційними порушеннями мають частіше двосторонній характер, тоді як при меншій вираженості невротичних рис особистості вегетативно-судинні реакції більш локальні і у меншому ступені торкаються протилежного здорового боку. Ці розлади носять більше функціональний характер і є складовою частиною складної реакції організму на больове подразнення.
7. У хворих з поперековим вертеброгенно обумовленим больовим синдромом визначається сумісне ураження артеріального і венозного кровообігу, що веде до порушення мікроциркуляції, тканинного обміну і трофіки, а також створює порочне патофізиологічне коло.
8. У хворих з хронічними больовими синдромами спостерігається зниження сумарної активності ендорфінів до 1,58±0,16 пмоль/мл. Істотних достовірних відмінностей між виділеними клінічними групами не відзначається. У хворих з більшою вираженістю больового синдрому (КВВ>4) вміст ендорфінів у крові вірогідно нижче (1,196±0,15 пмоль/мл), чим у групі хворих із меншою інтенсивністю больових відчуттів (КВВ<4) – 2,726±0,48 пмоль/мл.
9. У хворих з вертеброгенно обумовленим поперековим больовим синдромом амплітуда біопотенціалів м’язів спини у спокої вища, ніж у контрольній групі. При максимальному скороченні м’язів спини у хворих амплітуда біопотенціалів нижча, ніж у контрольній групі. Найбільш демонстративно структура електроміограми змінювалась у хворих з рефлекторним больовим синдромом.
10. Клінічні та інструментальні дослідження показали, що особливості патоморфологічних змін і патофізиологічних механізмів обумовлюють різні клінічні синдроми і їхню вираженість. Проте ступінь вираженості больового синдрому не завжди відповідає ступеню вираженості морфологічних змін за даними рентгенологічних досліджень і МР-томографії.
11. Лікувальні заходи повинні бути диференційованими і спрямованими на всі ланки пато- і саногенезу хвороби, а також на саму особистість хворого з використанням різних психотерапевтичних методик. У лікувально-реабілітаційний комплекс бажано включати і новий метод об’ємного пневмопресингу. Цей метод, крім нормалізації мікроциркуляції і трофіки, позитивно впливає і на інші патогенетичні ланки больового синдрому.
 |

 |