

Компонент нейропатической боли отмечается и в 1, и во 2 группах, однако в разном процентном соотношении в зависимости от метода оценки. Опросник DN4 оказался более чувствительным для определения нейропатического компонента боли у пациентов после оперативного лечения дегенеративных заболеваний позвоночника. В целом, в первой группе встречаемость данного компонента боли реже, чем во второй. Почти у трети пациентов по опроснику PainDetect в обеих группах нейропатический компонент является неопределенным, поэтому важно таких пациентов анализировать по опроснику DN4.

Выводы

На момент опроса пациенты обеих групп равнозначно оценивали собственный болевой синдром по ВАШ. В среднем за 4 недели до момента реабилитации наиболее интенсивной боль испытывали пациенты с первой группы. Следовательно, можно сделать вывод, что после операции субъективно пациенты чувствуют себя лучше, по сравнению с состоянием до операции.

Пациенты, находящиеся на реабилитации после оперативного лечения не менее месяца назад от момента опроса, имеют более выраженный болевой синдром с вовлечением психоэмоционального состояния и минимальное значение интенсивности боли ниже в первой группе.

Опросник DN4 оказался более чувствительным для определения нейропатического компонента боли у пациентов после оперативного лечения дегенеративных заболеваний позвоночника. В целом, в первой группе встречаемость данного компонента боли реже, чем во второй. Почти у трети пациентов по опроснику PainDetect в обеих группах нейропатический компонент является неопределенным, поэтому важно таких пациентов анализировать по опроснику DN4.

Вне зависимости от давности хирургического лечения, большинство пациентов испытывают боль разной интенсивности и у определенного количества присутствует нейропатический компонент боли (результат варьируется в зависимости от вида опроса). Что имеет значение при выборе тактики реабилитации пациентов после оперативного лечения дегенеративных заболеваний позвоночника.

ЛИТЕРАТУРА

1. Подчуфарова, Е. В. Боль в спине: механизмы развития и лечение / Е. В. Подчуфарова // СТПН. 2012. № 3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/bol-v-spine-mehanizmy-razvitiya-i-lechenie> (дата обращения: 01.03.2019).
2. Каннер, Р. М. Секреты лечения боли / Р. М. Каннер; под ред. А. М. Овечкина. — М., 2006. — С. 11–67.
3. Жарков, П. Л. Роль остеохондроза позвоночника и грыж межпозвонковых дисков в болевой симптоматике / П. Л. Жарков // Электронный вестник РНЦРР. — 2006. — № 6. — С. 1–10.
4. 16. Melzack, R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods / R. Melzack // Pain. — 1975. — Vol. 1. — P. 277–299.
5. Clinical outcomes after lumbar discectomy for sciatica: the effects of fragment type and anular competence / E. J. Carragee [et al.] // J Bone Joint Surg Am. — 2003. — Vol. 85. — P. 102–108.

УДК 616.728.3-089.844-009.7

ХРОНИЧЕСКИЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Усова Н. Н.¹, Пасканная Е. М.¹, Бондарь М. А.¹, Гулевич И. И.², Цитринов В. А.²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение

**«Гомельский областной клинический госпиталь инвалидов Отечественной войны»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Эндопротезирование сустава — это операция по замене компонентов сустава имплантатами, которые имеют анатомическую форму здорового сустава и позволяют

выполнять весь объем движений. Указанное вмешательство в конце XX в. вошло в ряд наиболее частых хирургических вмешательств [1].

Большинство пациентов после протезирования сустава не чувствуют никакой боли и имеют полноценный образ жизни с высоким уровнем ее качества. Однако у достаточного числа пациентов и после операции сохраняется болевой синдром даже при нормальном функционировании тазобедренного сустава [2].

Цель

Определить уровень болевого синдрома и показатели качества жизни у пациентов после эндопротезирования тазобедренного сустава.

Материал и методы исследования

Исследование выполнено в 2019–2020 гг. на базе отделения травматологической реабилитации учреждения «Гомельский областной клинический госпиталь ИОВ».

Обследованы 50 пациентов, средний возраст $63,6 \pm 9,8$ года, из них 34 женщины (68 %) и 16 мужчин (32 %).

Для оценки хронического болевого синдрома были использованы: визуальная аналоговая шкала (ВАШ), опросники DN4 и PainDetect. Уровень депрессии и тревоги оценивался с помощью шкал Бека и Спилбергера.

У всех обследуемых получено информированное согласие. Результаты тестов статистически обрабатывались с помощью описательных и непараметрических методик программы «Statistica» 12.0, результаты представлены в виде медианы, верхнего и нижнего квартилей (Med (LQ; UQ)).

Результаты исследования и их обсуждение

Согласно ВАШ интенсивность боли в момент осмотра у пациентов в восстановительном периоде после эндопротезирования тазобедренного сустава составила 4,0 (3,0; 5,0) баллов, что соответствовало умеренной боли. Наиболее интенсивный приступ боли в течение последнего месяца был оценен пациентами в 8,0 (6,0; 9,0) баллов. Средний уровень боли в течение 4 недель составил 4,5 (3,0; 6,0) балла. Обращало внимание, что в течение 4 недель слабая боль наблюдалась только в 13 (26 %) случаях, умеренная боль была у 37 (54 %) пациентов, а сильная — у 10 (20 %).

По опроснику DN4 выявлено, что у 22 (44 %) пациентов боль носила нейропатический характер. Указанный результат не соотносится с оценкой по шкале PainDetect, которая показала маловероятное наличие нейропатического компонента боли у 43 (86 %) пациентов, а у 7 человек результат был неопределенный (14 %).

Исследование депрессии у обследуемого контингента пациентов с помощью шкалы Бека установило наличие умеренной депрессии у 1 (2 %) пациента и легкой — также в 1 (2 %) случае.

Изучение реактивной тревожности по шкале Спилбергера выявило ее умеренный уровень у 42 (84 %) человек, а высокий — в 8 (16 %) случаях. Личностная тревожность у пациентов с деформирующим остеоартритом показала умеренные значения у 18 (36 %) пациентов и высокие — у 32 (64 %) человек.

Вывод

Таким образом, для пациентов в восстановительном периоде после эндопротезирования тазобедренного сустава характерно наличие болевого синдрома умеренной интенсивности, который в половине случаев имел нейропатический характер. У обследованного контингента пациентов преобладал высокий уровень личностной тревоги и умеренный — реактивной, при низких показателях депрессии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ревизионное эндопротезирование тазобедренного сустава: руководство для врачей / под ред. Д. Дж. Джакофски, Э. К. Хедли; пер. с англ. под ред. Н. В. Загороднего. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 328 с.
2. Загородний, Н. В. Эндопротезирование тазобедренного сустава / Н. В. Загородний. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 752 с.