

УДК 616.711-018.3-089-009.7

ОЦЕНКА НЕВРОПАТИЧЕСКОЙ БОЛИ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА

Усова Н. Н.¹, Железнякова Д. А.¹, Мозилевская А. В.¹, Гулевич И. И.²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение

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

Введение

Вертеброгенная патология является актуальной проблемой современной неврологии, которая имеет высокую частоту встречаемости (например, от 60 до 80 % работоспособного населения страдает от болей в пояснично-крестцовой области) [1]. Международная ассоциация по изучению боли (IASP) дает следующую характеристику: «Боль — это неприятное физическое и эмоциональное ощущение, вызванное реальным или потенциальным повреждением тканей, а также описанием такого повреждения». По механизму возникновения боль можно разделить на две большие группы: ноцицептивную и неноцицептивную. Ноцицептивную боль классифицируют на соматическую и висцеральную, что зависит от локализации ноцицепторов. Неноцицептивную — на нейропатический и психогенный компоненты. Нейропатический компонент боли представлен центральным и периферическим уровнями, в соответствии с локализацией патологии [2]. Большое количество болей по клинике являются смешанными, так как имеют и ноцицептивный, и нейропатический компоненты. Остеохондроз, как представитель дистрофических изменений опорно-двигательной системы, проявляется разнообразной клиникой, в том числе и различным болевым синдромом [3]. Уровень интенсивности боли можно оценить только по описанию ее пациентом, поэтому эта оценка является субъективной. Для объективизации боли в ежедневной работе врача удобно использовать визуально-аналоговую шкалу (ВАШ), быстрота оценки боли по которой является приоритетной для ее выбора. Однако она позволяет проанализировать только интенсивность боли без учета психологической и эмоциональной составляющих. Для разносторонней оценки не только боли, но и эмоциональных факторов применяется Мак — Гилловский болевой опросник, содержащий 3 шкалы (сенсорную, аффективную и эвалюативную), которые суммарно представлены 78 чувствительными характеристиками боли и вызванными ею эмоциями [4]. Для оценки нейропатического компонента боли существуют опросники боли PainDetect и DN4. Опросник боли PainDetect содержит рисунки тела, на которых пациент отмечает локализацию боли и совокупный рейтинг интенсивности боли, а также картинки, отражающие характер протекания боли. Опросник DN4 оценивается не только по собеседованию с пациентом, но и по его осмотру, что важно для выявления смешанных ноцицептивно-нейропатических болевых синдромов. В современных условиях развития медицины в лечении остеохондроза, все большее значение отводится оперативным манипуляциям, что можно объяснить точной диагностикой и появлением новых методов операций [5, 6].

Цель

Проанализировать компоненты болевого синдрома у пациентов, проходящих реабилитацию после хирургического лечения дегенеративных заболеваний позвоночника, в том числе остеохондроза.

Материал и методы исследования

В нашем исследовании были проспективно обследованы 47 пациентов, проходивших лечение в отделении реабилитации травматологических пациентов по поводу оперативно-

го лечения дегенеративных заболеваний позвоночника в период с октября 2018 по февраль 2020 гг. Средний возраст обследованных пациентов составил $48,29 \pm 11,59$ лет, преобладали пациенты мужского пола — 51 % (24 человека). В оценке болевого синдрома использовали следующие шкалы и опросники: ВАШ, Мак — Гилловский болевой опросник с анализом общего числа выбранных дескрипторов боли (ЧВД) и рангового индекса боли (РИБ), ЧВД и РИБ сенсорного (сенс. кл.) и аффективного (афф. кл.) классов, PainDetect (PD) и DN4. Статистическая обработка выполнена с использованием описательной статистики и программы Excel. Все пациенты были разделены на две группы в соответствии со сроками реабилитации: первую группу составили пациенты со сроком реабилитации до 1 месяца, вторую — пациенты до 1 года и более после оперативного лечения.

Результаты исследования и их обсуждение

У 66,0 % оперированных пациентов отмечен регресс болевого синдрома по шкале ВАШ. Максимальная оценка по данной шкале в момент опроса в первой группе составила 10, во второй — 7. Это может быть связано с более длительной реабилитацией пациентов во второй группе. Минимальные же значения составили 0 баллов и в первой, и во второй группе. В таблице 1 отражены медиана и квартили 25 и 75 % шкалы ВАШ для обеих групп.

Таблица 1 — Характеристика болевого синдрома опрошенных с использованием шкалы ВАШ

Группы	ВАШ сейчас (баллы)	ВАШ средний (баллы)
1-я (n = 19)	3 [2; 5]	6 [5; 9]
2-я (n = 28)	3 [2; 5]	5,0 [4; 8]

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

Анализ компонента боли по Мак — Гилловскому (МГ) опроснику представлен в таблице 2. Опросник боли МГ определяет сенсорный, эмоциональный и оценочный аспекты. Число выбранных дескрипторов (ЧВД) в аффективной (афф.) и сенситивной (сенс.) шкалах опросника МГ больше во 2 группе, что свидетельствует о более выраженном болевом синдроме и вовлечении психоэмоционального состояния. Медиана интенсивности боли одинакова в обеих группах, максимальное значение также совпадает в двух группах, минимальное ниже в первой группе.

Таблица 2 — Характеристика болевого синдрома опрошенных с использованием Мак-Гилловского болевого опросника

Группы	ЧВД общее	ЧВД сенс. кл.	ЧВД афф. кл.	Эвалюативная шкала
1-я (n = 19)	4 [2; 9]	2 [1; 5]	1 [0; 3]	2 [1; 2]
2-я (n = 28)	9 [5,5; 14]	5,5 [2,5; 10]	4 [3; 5]	2 [1,5; 2]

Поиск нейропатического компонента боли проводили с помощью двух опросников. Результаты отражены в таблице 3.

Таблица 3 — Характеристика нейропатического компонента боли опрошенных с использованием опросников PainDetect и DN4

Группы	% пациентов с нейропатическим компонентом боли по опроснику PainDetect	% пациентов с нейропатическим компонентом боли по опроснику DN4
1-я (n = 19)	Неопред. = 10,5 %; Положит. = 10,5 %	15,8 %
2-я (n = 28)	Неопред. = 17,8 %; Положит. = 3,6 %	42,9 %

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