

**ОЦЕНКА БОЛИ ПРИ ДВУХСТОРОННЕМ КОКСАРТРОЗЕ  
III СТЕПЕНИ МЕТОДОМ МНОГОМЕРНОЙ  
СЕМАНТИЧЕСКОЙ ДЕСКРИПЦИИ**

*Баклаенко Д.И., студ.5-го курса; Синегубов Д. А., аспирант  
кафедры травматологии и ортопедии*

*Научный руководитель - проф. Лоскутов А.Е.*

*Днепропетровская государственная медицинская академия,  
кафедра травматологии и ортопедии*

Заболевания и повреждения тазобедренного сустава по уровню инвалидизации пациентов и тяжести функциональных нарушений стоят на первом месте в структуре ортопедической патологии. По данным Гайко Г.В. (2000), в Украине ежегодно регистрируется 330 тыс. заболеваний опорно-двигательной системы, среди которых патология тазобедренного сустава составляет 60%. Болевой синдром является неотъемлемой частью синдрома патологии тазобедренного сустава. В ряде случаев боль преобладает в клинической картине заболевания, являясь показанием к оперативному лечению.

Степень проявления боли индивидуальна и зависит от характера нозологии, уровня порога болевой чувствительности, психо-эмоционального статуса пациента и других факторов. В связи с этим возникает необходимость в объективной оценке боли у конкретного больного. Для реализации этой задачи применяются различные системы оценки. Так, например, разделение уровня боли по баллам входит в известные ортопедом авторские системы оценки функции тазобедренного сустава. По шкале Harris боль оценивается от 0 до 40 баллов, в шкале Marle D'Aubigne, Judet боль имеет оценку от 0 до 6 баллов. Универсальной, максимально упрощенной, но в то же время не лишенной многих недостатков, является Визуальная Аналоговая Шкала (ВАШ) представляющая собой прямую линию с нанесенными на нее делениями от 0 до 10. Начальная точка обозначает отсутствие боли, конечная - невыносимую боль. Для независимой оценки многомерного болевого феномена R. Melzack и W.S. Torgerson составили опросник, получивший название "Мак-Гилловский болевой опросник" (McGill Pain Questionnaire - MPQ). Обработка данных сводится к получению показателей: ранговый индекс боли (РИБ) и числа выбранных слов (ЧВС). В.В. Кузьменко и соавт. (1986) разработали адаптированный вариант Мак-Гиллового опросника. Последний вместе с ВАШ и был применен в нашем исследовании.

Проведено исследование болевого синдрома у 26 пациентов: 6 мужчин и 20 женщин. Возраст пациентов от 54 до 72 лет, (в ср. 63 года). У всех пациентов диагностирован двусторонний коксартроз III степени. Всем пациентам выполнена операция тотального эндопротезирования тазобедренного сустава. Оперировался сустав с более выраженной болевой симптоматикой и функциональными нарушениями. По Мак-Гилловскому опроснику и ВАШ перед операцией для оперируемой конечности РИБ составлял от 10 до 61 (в ср. 39), ЧВС от 4 до 20 (в ср. 15), по ВАШ от 4 до 10 (в ср. 7,35), для неоперируемой конечности РИБ от 0 до 58 (в ср. 26,6), ЧВС от 0 до 20 (в ср. 11), по ВАШ от 0 до 10 (в ср. 4,85), для поясницы РИБ от 0 до 58 (в ср. 32,6), ЧВС от 0 до 20 (в ср. 13), по ВАШ от 0 до 10 (в ср. 4,54). Через 3 месяца после операции пациенты не отмечали боли в оперированном суставе, в неоперированном суставе РИБ составил от 0 до 68 (в ср. 34,45), ЧВС от 0 до 20 (в ср. 12), по ВАШ от 0 до 10 (в ср. 6,72), для поясницы РИБ от 0 до 60 (в ср. 24,54), ЧВС от 0 до 20 (в ср. 10), по ВАШ от 0 до 7 (в ср. 4,3).

Таким образом, у больных с двухсторонним коксартрозом III степени операция тотального эндопротезирования тазобедренного сустава позволяет устранить боль в оперированном суставе, снизить болевой синдром в поясничной области; после операции болевой синдром в контролатеральном суставе усиливается, что в свою очередь является показанием к оперативному лечению.