

УДК 616.7+612.821

РОЛЬ СОМАТОПСИХІЧНИХ ВЗАЄМОДІЙ У ПАТОГЕНЕЗІ ФОРМУВАННЯ ДЕЗАДАПТАЦІЙНОЇ ПОВЕДІНКИ ХВОРИХ НА КОКСАРТРОЗ, ЯКІ ПОТРЕБУЮТЬ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ ТА АЛГОРИТМ ЇХ ДІАГНОСТИКИ

Спіріна І.Д., Феденко Є.С., Леонов С.Ф., Шустерман Т.Й.
*Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Кафедра психіатрії, загальної і медичної психології*

Стаття присвячена проблемі коксартрозу та формуванню дезадаптаційної поведінки пацієнтів, хворих на коксартроз.

Серйозною медико-соціальною проблемою є велика розповсюдженість хвороби серед осіб працездатного віку, значна інвалідизація хворих та втрата останніми професійних і соціальних навичок.

Різноманітні психопатологічні стани невротичного регістру заважають активному включенню хворих в реабілітаційний процес.

Метою дослідження було розробити критерії визначення клініко-психопатологічних симптомів у хворих на коксартроз шляхом скринінгового дослідження психічного стану хворої людини лікарями загально-соматичної мережі.

Була надана детальна соціально-демографічна характеристика пацієнтів з коксартрозом.

Було зроблено висновок, що масив оцінних критеріїв, які корелюють з наявністю психопатологічних станів невротичного регістру у хворих з хронічною патологією, зокрема коксартрозом, що супроводжується вираженим больовим синдромом, формується із таких діагностичних критеріїв як: вік, соціальний статус, сімейний стан, інвалідність, задоволеність особистим життям, вираженість больового синдрому, прояви втомлюваності, слабкості, роздратованості, зниження маси тіла, порушення сну, тривожності.

Визначення клініко-психопатологічних симптомів за допомогою вказаних у статті методів істотно збільшує точність кінцевого результату і дозволяє діагностувати ризик психічних розладів у хворих на коксартроз, які потребують ендопротезування.

Спостереження пацієнтів з коксартрозом, які потребують ендопротезування тазостегнового суглоба, доцільно проводити спільно з травматологом/ортопедом і психіатром/ психотерапевтом, а також вчасно проводити фармакологічну та психотерапевтичну корекцію психоемоційного статусу даного контингенту.

Наведено два приклада з клінічної практики.

Ключові слова: коксартроз, больовий синдром, ендопротезування, дезадаптаційна поведінка, психічні розлади.

Коксартроз – хронічне прогресуюче захворювання тазостегнового суглоба різної етіології і найбільш важка форма остеоартрозу. Серйозною медико-соціальною проблемою є велика розповсюдженість хвороби серед осіб працездатного віку, значна інвалідизація хворих та втрата професійних і соціальних навичок.

Серед хворих, що вперше звернулись до медико-соціальної експертної комісії (МСЕК) для встановлення групи інвалідності у зв'язку з патологією опорно-рухового апарату, пацієнти з коксартрозом складають близько 35 %. Розповсюдженість коксартрозу у популяції (6,43 %) корелює з віком і досягає максимальних

показників (13,9 %) у осіб старше 45 років. Захворюваність в Україні складає 497,1, розповсюдженість – 2200,6 на 100 тис. населення [1].

Встановлено, що існуючі методи консервативного та оперативного лікування цього захворювання забезпечують достатньо ефективну медичну реабілітацію. Загально визнаним у хірургічній спільці оперативним методом лікування є тотальне ендопротезування тазостегнового суглоба. Проте, доведено, що при будь-якому захворюванні необхідно враховувати не тільки соматичний фактор, який є провідним у терапевтичній практиці, а і психічний, психологічний [2, 7]. Психічні порушення у хворих з хронічною патологією проявляються у розвитку різноманітних психопатологічних станів невротичного регістру, які заважають активному включенню хворого в реабілітаційний процес. Витоки утруднення адаптації треба шукати у відсутності у цього контингенту хворих необхідних пластичності, стійкості та «флексibility» психіки [3]. Дослідження багатьох авторів демонструють патогенетичний зв'язок сприйняття больового відчуття з депресією і тривогою [8]. Водночас, тривалий больовий синдром, порушення функції суглобів і обмеження рухової активності, небажані реакції на ліки, соціальні обмеження не лише значно погіршують якість життя хворих, але часто викликають коморбідні психічні розлади тривожно-депресивного характеру, дія яких на перебіг захворювання і його прогноз не менш значуща, ніж вплив соматичних характеристик [5]. Наслідком несвоєчасного розпізнавання і неадекватного лікування психічних розладів є обтяження соматичної хвороби, формування резистентності до терапії, підвищення ризику інвалідизації [8].

Оцінка психічного стану хворих на коксартроз також має певні складнощі. Відомі способи виявлення психопатологічних розладів у хворих з соматичними хворобами передбачають комплексне застосування спеціальних прийомів та

експериментально-психологічних методик для визначення рівня тривоги, депресії (зокрема, методика оцінки вираженості психопатологічної симптоматики - SCL-90-R, шкали депресії та тривожності Гамільтона, Тейлора, Спілбергера-Ханіна), ставлення до хвороби, акцентуацій характеру, тощо з подальшою кваліфікацією стану за діагностичними критеріями МКХ 10 перегляду [2, 7]. З одного боку, це вимагає відповідних знань та вмінь з медичної психології і психіатрії, з іншого – чималого часу, щоб протестувати за всіма методиками кожного хворого. На практиці лікарям - інтерністам здебільшого як раз бракує інформованості і часу для обговорення з пацієнтом проблем, не пов'язаних з соматичним захворюванням, а симптоми тривоги і депресії розглядаються ними як природна, очікувана реакція пацієнта на захворювання [9].

Враховуючи важливість питання, доцільно проведення скринінгового дослідження з метою виявлення психопатологічних розладів у соматичних хворих, а за необхідності – більш ретельного їх обстеження із залученням спеціалістів-консультантів (психолога, психотерапевта, психіатра).

Метою дослідження було розробити критерії визначення клініко-психопатологічних симптомів у хворих на коксартроз шляхом скринінгового дослідження психічного стану хворої людини лікарями загально-соматичної мережі (зокрема, травматологами і ортопедами) і його врахування при лікуванні основного захворювання на всіх етапах реабілітаційного періоду, на підставі оцінки взаємозв'язків соціально-демографічних, психосоматичних і психологічних характеристик хворих на коксартроз, які потребують ендопротезування.

Матеріали та методи досліджень

Під нашим спостереженням знаходились 105 хворих на коксартроз (КА) у віці від 23 до 68 років, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні ендопротезування Обласної клінічної лікарні

ім. І.І. Мечникова м. Дніпропетровська в період з січня по листопад 2010 року. Серед обстежених було 38 ($36,2 \pm 4,7$ %) чоловіків і 67 ($63,8 \pm 4,7$ %) жінок, середній вік ($M \pm m$) – ($53,3 \pm 0,9$) років.

Всі пацієнти хворіли на КА, підтверджений відповідними медичними документами. В усіх випадках виконано оперативне втручання із заміщення тазостегнового суглоба (ендопротезування). Як імпланти для ендопротезування використовувалися тотальні ендопротези тазостегнового суглоба безцементної фіксації.

Майже третина обстежених (37 осіб або $35,2 \pm 4,7$ %) була у віці до 50 років, тобто в найбільш активному працездатному віці (табл. 1). Незважаючи на те, що працездатних за віком осіб було близько 75 %, працювали лише ($56,2 \pm 4,8$ %). Близько половини хворих мають або отримують вищу освіту ($57,1 \pm 4,8$ %) і займаються розумовою працею.

Про важкі наслідки коксартрозу свідчили високий відсоток і тяжкість інва-

лідації серед хворих на КА: інвалідність мали 73 ($69,5 \pm 4,5$ %) хворих, із них I-II групи інвалідності – 46 ($43,8 \pm 4,8$ %) осіб, III групи – 27 ($25,7 \pm 4,3$ %) хворих. Більшість пацієнтів ($62,9 \pm 4,7$ %) перебували у шлюбі, в ($27,6 \pm 4,4$ %) випадків – розлучились або овдовіли.

Майже дві третини пацієнтів (69 осіб або $65,7 \pm 4,6$ %) страждали на КА більше 5 років. Середня тривалість хвороби склала ($8,8 \pm 0,45$) років. За етіологією переважали диспластичний (61 пацієнт або $58,1 \pm 4,8$ %) і післятравматичний КА (36 осіб або $34,3 \pm 4,6$ %). Двобічне ураження суглобів мало місце у 52 ($49,5 \pm 4,9$ %) пацієнтів, одностороннє – у 53 ($50,5 \pm 4,9$ %). Відповідно до шкали Харриса (Harris W.H., 1969), середнє значення оцінки функції тазостегнового суглоба у хворих на КА перед оперативним втручанням склало ($36,3 \pm 1,1$) бали.

В роботі використані методи: клініко-психопатологічний (методика SCL-90-R), шкала тривоги Тейлора, дослідження типу відношення до хвороби (ЛОБІ), шкала самооцінки Дембо-Рубінштейн, методика Шмішека – Леонгарда для оцінки особистісної акцентуації, 8-колірний тест Люшера, Торонтська алекситимічна шкала (TAS). Вираженість больового синдрому оцінювалась за допомогою візуально-аналогової шкали болю (ВАШ).

Статистична обробка отриманих даних проводилась за допомогою пакету програм Statistica v6.1® з використанням параметричних і непараметричних методів статистич-

Соціально-демографічна характеристика пацієнтів з коксартрозом ($n = 105$)

Показники		Кількість пацієнтів	
		абс.	$P \pm m, \%$
Стать	Чоловіча	38	$36,2 \pm 4,7$
	Жіноча	67	$63,8 \pm 4,7$
Вік, роки	до 40	12	$11,4 \pm 3,1$
	від 41 до 50	25	$23,8 \pm 4,2$
	від 51 до 60	41	$39,1 \pm 4,8$
	понад 60	27	$25,7 \pm 4,3$
	середній, $M \pm m (s)$	$53,3 \pm 0,9 (s = 9,7)$	
Освіта	середня або середня спеціальна	45	$42,9 \pm 4,8$
	вища, в т.ч. незакінчена	60	$57,1 \pm 4,8$
Сімейний стан	ніколи не перебували у шлюбі	10	$9,5 \pm 2,9$
	перебувають у зареєстрованому або незареєстрованому шлюбі	66	$62,9 \pm 4,7$
Соціальний статус	удівці / розлучені	29	$27,6 \pm 4,4$
	Працюють	59	$56,2 \pm 4,8$
	Пенсіонери	15	$14,3 \pm 3,4$
Характер праці	в т.ч. працюючі пенсіонери	13	$12,4 \pm 3,2$
	не працюють	18	$17,1 \pm 3,7$
Інвалідність	Фізична	51	$48,6 \pm 4,9$
	Розумова	54	$51,4 \pm 4,9$
Інвалідність	I-II група	46	$43,8 \pm 4,8$
	III група	27	$25,7 \pm 4,3$
	не інвалід	32	$30,5 \pm 4,5$

ного аналізу. Визначення діагностичних/прогностичних критеріїв для скринінгу клініко-психопатологічної симптоматики у хворих на КА проводилось з використанням показника інформативності Кульбака (I), теореми Байєса і послідовного (секвенціального) аналізу А.Вальда [4].

Результати та їх обговорення

Серед основних скарг хворих на передопераційному етапі домінували скарги на підвищену втомлюваність ($89,5 \pm 3,0 \%$), загальну слабкість ($67,6 \pm 4,6 \%$), роздратованість ($65,7 \pm 4,6 \%$), порушення сну ($67,6 \pm 4,6 \%$) і апетиту ($62,9 \pm 4,7 \%$). Тривожно-депресивні тенденції маніфестували відчуттям невдоволення собою і життям ($74,3 \pm 4,3 \%$), пригніченим настроєм ($49,5 \pm 4,9 \%$), підвищеною плаксивістю ($44,8 \pm 4,8 \%$), зниженням інтересу до життя, звичної діяльності ($30,5 \pm 4,5 \%$), байдужістю до зовнішнього вигляду ($30,5 \pm 4,5 \%$), занепокоєнням ($25,7 \pm 4,3 \%$), зниженням здатності до зосередження і уваги ($22,9 \pm 4,1 \%$), апатією ($21,9 \pm 4,0 \%$). Іпохондричні розлади відзначались у більшості хворих - 81 ($77,1 \pm 4,1 \%$). Більше половини хворих ($60,0 \pm 4,8 \%$) відчували безпомічність у повсякденному житті, страх залишитися інвалідом ($30,5 \pm 4,5 \%$), наслідком чого стали ідеї самокоору ($14,3 \pm 3,4 \%$) і провини ($11,4 \pm 3,1 \%$). Вираженість больового синдрому до оперативного втручання оцінювалась в ($53,0 \pm 1,7$) бали за ВАШ. Загальна вираженість психопатологічної симптоматики або індекс тяжкості дистреса (GSI) за шкалою SCL-90-R в середньому дорівнював ($1,28 \pm 0,05$) бала, що більше ніж вдвічі перевищує літературні дані здорових осіб ($0,51 \pm 0,02$).

За результатами клініко-психопатологічного дослідження і критеріями МКХ-10 у 70 ($66,7 \pm 4,6 \%$) хворих на КА були діагностовані такі форми граничних психічних розладів (ГПР) як депресивний розлад (F 32) – 26 ($24,8 \pm 4,2 \%$), неврастенія (F 48) – 17 ($16,2 \pm 3,6 \%$), тривожні та фобічні розлади (F 40-41) – 19 ($18,1 \pm 3,8 \%$), розлади особистості (F 60.5, F 60.6, F 60.7) – 8 ($7,6 \pm 2,6 \%$). Провідни-

ми синдромами при цих розладах були: депресивний – 26 ($24,8 \pm 4,2 \%$) хворих, тривожно - фобічний – 21 ($20,0 \pm 3,9 \%$), астенічний – 13 ($12,4 \pm 3,2 \%$), іпохондричний – 10 ($9,5 \pm 2,9 \%$).

Для досягнення мети дослідження щодо розробки критеріїв визначення клініко-психопатологічних симптомів у хворих на КА, які потребують ендопротезування, був проведений кореляційний аналіз, що дозволив встановити достовірний взаємозв'язок наявності ГПР, діагностованих за допомогою валідних психометричних методик і критеріїв МКХ-10 (неврастенія, депресія, тривожні та фобічні розлади, розлади особистості), з легко вимірюваними соціально-демографічними і клініко-анамнестичними характеристиками цих хворих (рис. 1). До них віднесено: вік, соціальний статус, сімейний стан, інвалідність, задоволеність особистим життям, вираженість больового синдрому за ВАШ, прояви втомлюваності, слабкості, тривожності, роздратованості, зниження маси тіла, порушення сну. Причому обрані характеристики, в свою чергу, добре узгоджувались з індивідуально-психологічними особливостями особистості хворих, їх самооцінкою та адаптаційним потенціалом.

Зокрема, встановлено прямий щільний кореляційний зв'язок ГПР з вираженістю больового синдрому (кофіцієнт кореляції Спірмена $r = 0,78$; $p < 0,001$). На ймовірність розвитку психічних розладів прямо впливає вік пацієнта – $r = 0,22$ ($p < 0,05$), відсутність сім'ї в минулому та теперішньому часі – $r = 0,24$ ($p < 0,05$), втрата роботи або непрацездатність (окрім пенсіонерів) – $r = 0,25$ ($p < 0,05$), наявність III групи інвалідності – $r = 0,22$ ($p < 0,05$). Найбільш вираженими ($p < 0,001$) проявами психопатологічної симптоматики були такі: слабкість ($r = 0,62$), порушення сну ($r = 0,60$), втомлюваність ($r = 0,42$), тривожність ($r = 0,41$), зниження маси тіла ($r = 0,38$), роздратованість ($r = 0,34$).

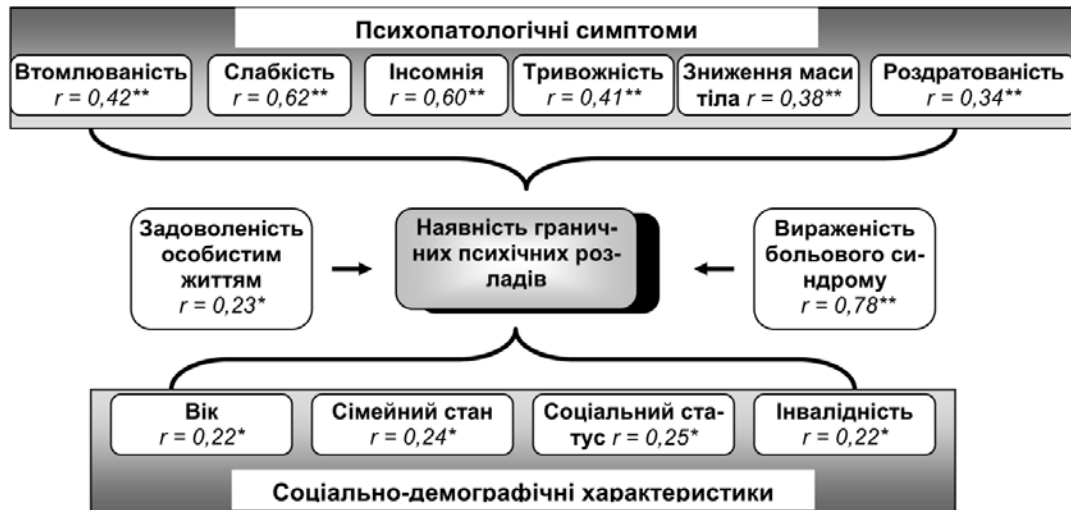


Рис. 1. Кореляційний взаємозв'язок наявності граничних психічних розладів з діагностично-значущими характеристиками хворих на коксартроз: r – коефіцієнт кореляції Спірмена; * - $p < 0,05$; ** – $p < 0,001$.

Діагностична інформативність обраних критеріїв для скринінгового визначення наявності психопатологічних порушень у хворих на КА за мірою Кульбака була найвищою у показника інтенсивності болю ($I = 11,25$), а також у показників вираженості скарг пацієнтів на порушення сну ($I = 7,07$), втомлюваність ($I = 2,97$) і зниження маси тіла ($I = 2,63$) (табл. 2). Слід зазначити, що серед показників, що впливають на формування психічної дезадаптації у хворих на КА, вищі рангові місця посідають соціальне ($I = 0,67$) і сімейне ($I = 0,45$) становище, а також ступінь задоволеності особистим життям ($I = 0,49$).

Для побудови діагностичного алгоритму була застосована теорема Байєса і послідовний (секвенціальний) аналіз Вальда, за якими усі діагностичні критерії були піддані ваговій кваліфікації за допомогою оцінних балів (табл. 2).

Алгоритм скринінг-діагностики психопатологічних порушень у хворих на КА в період до або після оперативного втручання з ендопротезування тазостегнового суглоба полягає в наступному. Лікар травматолог/ ортопед проводить опитування пацієнта за наступними діагностичними критеріями: вік, соціальний статус, сімейний стан, інвалідність, задоволеність особистим життям, наявність і

вираженість скарг на втомлюваність, слабкість, роздратованість, зниження маси тіла, порушення сну, тривожність. Вираженість больового синдрому оцінюють за шкалою ВАШ. Надалі усі діагностичні критерії піддають ваговій кваліфікації за допомогою оцінних балів згідно табл. 2. Зокрема, вік оцінюють у -4 або +2 бали для віку до 40 років включно або 60 і більше років відповідно; сімейний стан – у +7 або -1 бал, якщо пацієнт неодружений або розведений/ вдівець і т.д. Далі підсумовують бали по всіх критеріях і роблять висновок про ступінь ризику психічних розладів невротичного регістру у пацієнта: якщо сума балів $> +13$ – роблять висновок про високий ризик психічних розладів; якщо сума балів < -13 – про низький ризик; якщо сума балів у проміжку від -12 до +12 – про середній ризик, але для прийняття остаточного рішення застосовуються спеціальні психометричні методики (SCL-90-R, шкала Тейлора та ін.). Для ілюстрації даного діагностичного алгоритму наводимо клінічні приклади.

Приклад 1. Хворий М., 58 років (№ історії хвороби 12887) перебував на лікуванні у відділенні ендопротезування обласної клінічної лікарні ім. І.І.Мечникова м. Дніпропетровська у червні 2010 р., тривалість захворювання 14 років. Діаг-

Таблиця 2

Шкала діагностичних/ прогностичних балів щодо визначення ризику формування психопатологічних порушень у хворих на коксартроз

Діагностичні критерії	Градації	Оцінні бали	Інформативність (I)
Вік, роки	до 40	-4	0,41
	41-59	0	
	60 і старше	+2	
Сімейний стан	ніколи не перебував у шлюбі	+7	0,45
	перебуває у зареєстрованому або незареєстрованому шлюбі	0	
	удівець / розлучений	-1	
Соціальний статус	працює	0	0,67
	пенсіонер (в т.ч. працює)	-2	
	не працює	+6	
Інвалідність	I-II група	-1	0,34
	III група	+3	
	не інвалід	-1	
Відношення до особистого життя	задоволений	0	0,49
	не задоволений	+3	
	байдуже (нейтральне)	-4	
Інтенсивність болю за ВАШ, бал	менше або дорівнює 50	-13	11,25
	більше 50	12	
Втомлюваність	немає або слабо виражена	-2	2,97
	помірно або сильно виражена	+14	
Слабкість	немає або слабо виражена	-1	2,00
	помірно або сильно виражена	+13	
Роздратованість	немає або слабо виражена	-1	1,90
	помірно або сильно виражена	+13	
Порушення сну	немає або слабо виражене	-5	7,07
	помірно або сильно виражене	+17	
Зниження маси тіла	немає	-2	2,63
	є	+14	
Підвищена тривожність	немає	-1	1,90
	є	+13	

ностування наявності чи відсутності психічних розладів проводили за умов дійсного способу. За даними опитування і вимірювання інтенсивності болю за шкалою ВАШ встановлено, що пацієнт одружений, має інвалідність II групи, не працює, особистим життям не задоволений, скаржиться на наявність сильного болю (за шкалою ВАШ – 83 бали), помірно виражені втомлюваність, слабкість і роздратованість, підвищену тривожність. Скарги на порушення сну, апетиту, зниження маси тіла не було.

За допомогою оцінних балів усі діагностичні критерії піддавали ваговій кваліфікації (див.

«Шкалу діагностичних/ прогностичних балів щодо визначення ризику розвитку психічних розладів у хворих на коксартроз»): вік = 0 балів, сімейний стан = 0, соціальний статус = +6, інвалідність = -1, задоволеність особистим життям = +3, інтенсивність болю = +12, скарги на втомлюваність = +14, слабкість = +13, роздратованість = +13, тривожність = +13, порушення сну = -5, зниження маси тіла = -2. Сума балів для конкретного приклада становить + 66 балів, що з ймовірністю 99 % дозволяє діагностувати наявність виражених клініко-психопатологічних симптомів і прогнозувати високий ризик психічних розладів. За результатами поглибленого дослідження з використанням критеріїв МКХ-10 і спеціальних психометричних і психологічних методик (SCL-90,

шкали тривожності Тейлора, Торонтської шкали алекситимії) у пацієнта діагностовано неврастенію (F 48).

Приклад 2. Хворий Л., 60 років, (№ історії хвороби 11686) перебував на лікуванні у відділенні ендопротезування обласної клінічної лікарні ім. І.І.Мечникова м. Дніпропетровська у червні 2010 р., тривалість захворювання 8 років. Діагностування наявності чи відсутності психічних розладів проводили за умов дійсного способу. За даними опитування і вимірювання інтенсивності болю за шкалою ВАШ встановлено, що пацієнт – вдівець, пенсіонер, має інвалідність III групи, задоволеність особистим життям нейтральна, виказував незначні скарги на втомлюваність і роздратованість. Інтенсивність

болю за шкалою ВАШ – 20 балів. Скарг на порушення сну, зниження маси тіла, слабкість, тривожність не було.

За допомогою оцінних балів усі діагностичні критерії піддавали ваговій кваліфікації (див. «Шкалу діагностичних/ прогностичних балів щодо визначення ризику розвитку психічних розладів»): вік = +2 бали, сімейний стан = -1, соціальний статус = -2, інвалідність = +3, задоволеність особистим життям = -4, інтенсивність болю = -13, скарги на втомлюваність = -2, слабкість = -1, роздратованість = -1, тривожність = -1, порушення сну = -5, зниження маси тіла = -2. Сума балів для конкретного приклада становить -27 балів, що з ймовірністю 99 % дозволяє діагностувати низький ризик психічних розладів. Це було підтверджено результатами поглибленого дослідження з використанням критеріїв МКХ-10 і спеціальних психометричних і психологічних методик (SCL-90, шкали тривожності Тейлора, Торонтської шкали алекситимії та ін.).

В цілому, за результатами перевірки цього алгоритму було правильно діагностовано високий ризик психічних розладів у 91,4 % випадків, а низький ризик – у 94,3 % випадків.

Висновки

1. Масив оцінних критеріїв, які корелюють з наявністю психопатологічних станів невротичного реєстру у хворих з хронічною патологією, зокрема коксартрозом, що супроводжується вираженим больовим синдромом, формується із таких діагностичних критеріїв як: вік, соціальний статус, сімейний стан, інвалідність, задоволеність особистим життям, вираженість больового синдрому, прояви втомлюваності, слабкості, роздратованості, зниження маси тіла, порушення сну, тривожності.
2. Визначення клініко-психопатологічних симптомів за допомогою вищевказаного методу, його вагової кваліфікації оцінних балів і диференціювання – істотно збільшує точність

кінцевого результату і дозволяє з ймовірністю помилки ($pJ \pm 5\%$) діагностувати ризик психічних розладів у хворих на коксартроз, які потребують ендопротезування.

3. Використання запропонованого рішення задачі розширює уявлення лікарів травматологів/ортопедів про наявність граничних психічних розладів у хворих на коксартроз, а диференціювання вихідних даних збільшує точність діагностування шляхом застосування простої і доступної методики в умовах стаціонару або амбулаторії загально-лікувальної мережі.
4. Спостереження пацієнтів з коксартрозом, які потребують ендопротезування тазостегнового суглоба, доцільно проводити спільно з травматологом/ортопедом і психіатром/психотерапевтом, а також вчасно проводити фармакологічну та психотерапевтичну корекцію психоемоційного статусу даного контингенту.
5. Зусилля спеціалістів, зокрема психіатричного профілю, мають бути направлені на те, щоб допомогти хворому на коксартроз адекватно сприймати своє захворювання, прилаштуватися до зміненого фізичного і соціального статусу, повірити у можливість жити в нових умовах, обмежених хворобою.

Література

1. Коваленко, В.Н. Остеоартроз. Практическое руководство / В.Н. Коваленко, О.П. Борткевич. – К.: Морион, 2003. – 448с.
2. Александровский, Ю. А. Пограничные психические расстройства / Ю.А. Александровский. – М.: Медицина, 2000. - 496с.
3. Положий, Б.С. Стрессы социальных изменений и расстройства психического здоровья / Б.С. Положий // Обозрение медицинской психологии и психиатрии им. В.М. Бехтерева. – 1996. – №1-2. – С.136-143.
4. Гублер, Е.В. Применение непарамет-

рических критериев статистики в медико-биологических исследованиях /Е.В. Гублер, А.А. Генкин. – Л.: Медицина. – 1973. – 142с.

5. Можаяев, М.В. Факторы риска депрессии у пациентов терапевтического стационара / М.В. Можаяев, С.Г. Покриев // Психические расстройства в общей медицине. 2010. – № 1. – С. 24-29.
6. Погосова, Г.В. Современные подходы к диагностике и лечению расстройств депрессивного спектра в общемедицинской практике : методическое пособие для врачей / Г. В. Погосова // Терапевт. – 2007. – №5. – С. 61-76.
7. Подкорытов, В.С. Депрессия : Современная терапия. :[руководство для врачей] / В.С. Подкорытов, Ю.Ю. Чайка. – Харьков: Изд-во «Торнадо», 2003. – 350 с.
8. Ребров, Б.А. К вопросу о связи хронического болевого синдрома и тревожно- депрессивных расстройств у больных терапевтического профиля / Б.А. Ребров, И.И. Благинина, О.А. Реброва // Боль, суставы, позвоночник. – 2011. – Т.2, №2. – С.83-87.
9. Совершенствование методов ранней диагностики психических расстройств (на основе взаимодействия со специалистами первичного звена здравоохранения) / Под ред. В.Н. Краснова. – М.: ИД МЕДПРАКТИКА, 2008. – 136 с.

Резюме

РОЛЬ СОМАТОПСИХИЧЕСКИХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ В ПАТОГЕНЕЗЕ ФОРМИРОВАНИЯ ДЕЗАДАПЦИОННОГО ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ КОКСАРТРОЗОМ, КОТОРЫЕ ТРЕБУЮТ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ И АЛГОРИТМ ИХ ДИАГНОСТИКИ

*Спирина И.Д., Феденко Е.С.,
Леонов С.Ф., Шустерман Т.И.*

Статья посвящена проблеме коксартроза и формированию дезадапционного поведения пациентов, больных коксартрозом.

Большая распространённость болезни среди лиц работоспособного возраста, значительная инвалидизация больных и потеря последними профессиональных и социальных навыков является серьёзной медико-социальной проблемой.

Разнообразные психопатологические состояния невротического регистра препятствуют активному включению больных в реабилитационный процесс.

Целью исследования являлось разработать критерии определения клинкопсихопатологических симптомов у больных коксартрозом путём скринингового исследования психического состояния больного человека специалистами общесоматического профиля.

Была предоставлена детальная социально-демографическая характеристика пациентов с коксартрозом.

В результате исследования пришли к выводу, что массив оценочных критериев, которые коррелируют с наличием психопатологических состояний невротического регистра у больных с хронической патологией, в частности коксартрозом, который сопровождается выраженным болевым синдромом, формируется из таких диагностических критериев как: возраст, социальный статус, семейное положение, инвалидность, удовлетворённость личной жизнью, выраженность болевого синдрома, проявления утомления, слабости, раздражительности, снижения массы тела, нарушение сна, тревожности.

Определение клинкопсихопатологических симптомов при помощи указанных в статье методов существенно увеличивает точность конечного результата и позволяет диагностировать риск психических расстройств у больных коксартрозом, которые требуют эндопротезирования.

Наблюдение пациентов с коксартрозом, которые требуют эндопротезирования тазобедренного сустава, целесообразно проводить совместно с травма-

тологом/ортопедом и психиатром/психотерапевтом, а также своевременно проводить фармакологическую и психотерапевтическую коррекцию психоэмоционального статуса данного контингента.

Приведено два примера из клинической практики.

Ключевые слова: коксартроз, болевой синдром, эндопротезирование, дезадаптивное поведение, психические расстройства.

Summary

THE ROLE OF SOMATOPSYCHIC INTERACTIONS IN PATOGENESIS OF DISADAPTATION BEHAVIOR'S FORMATION OF PATIENTS SUFFERING FROM COXARTHROSIS, WHO REQUIRE ENDOPROSTHESIS REPLACEMENT AND THE ALGORITHM OF THEIR DIAGNOSTICS

Spirina I.D., Fedenko E.S., Leonov S.F., Shusterman T.Y.

The article is dedicated to the problem of coxarthrosis and to the formation of disadaptation behavior of patients suffering from coxarthrosis.

High morbidity among people of the able - to -work age group, significant invalidization of patients and their loss of professional and social skills is a serious medico-social problem.

Various psychopathologic conditions of neurotic etiology prevent patients from joining rehabilitation process.

The aim of investigation was to elaborate the criteria of identification of clinico-psychopathologic symptoms in coxarthrosis patients by means of screening assay of psychic state of a patient by specialists of general somatic profile.

The detailed sociodemographic characteristic of coxarthrosis patients was

given.

As a result of investigation we came to the conclusion that the file of estimative criteria, which correlate with the presence of psychopathologic states of neurotic etiology in patients with chronic pathology, in particular patients suffering from coxarthrosis, which is followed by apparent pain syndrome, is formed by such diagnostic criteria as: age, social status, marital status, disability, personal life satisfaction, severity of pain syndrome, presentation of fatigue, weakness, irritation, weight loss, disturbed sleep, anxiety.

Identifying of clinico-psychopathologic symptoms with the help of the methods pointed out in the article essentially increases accuracy of the final result and allows us to diagnose the risk of psychological disorders in coxarthrosis patients, who require endoprosthesis replacement.

Medical monitoring of coxarthrosis patients, who require endoprosthesis replacement of hip joint, is reasonable to be conducted together with a traumatologist/orthopaedist and a psychiatrist/psychotherapist, and also it is reasonable to carry out pharmacological and psychotherapeutic correction of psychoemotional state of the given contingent in time.

Two examples from clinical experience are given.

Keywords: coxarthrosis, pain syndrome, endoprosthesis replacement, disadaptation behavior, psychological disorders.

*Впервые поступила в редакцию 07.12.2012 г.
Рекомендована к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования*