

УДК: 616.72-007.248: 612.013.1: 616.89

Говорин А.В., Алексенко Е.Ю.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ ОСТЕОАРТРОЗОМ

ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, г. Чита

Оценить качество жизни и выявить распространенность тревожно-депрессивных расстройств у больных первичным остеоартрозом. Обследовано 81 больной первичным остеоартрозом (27 мужчин и 54 женщины) в возрасте от 30 до 55 лет, контролем послужили 27 практически здоровых человека (9 мужчин и 15 женщин). Проводилась оценка качества жизни с использованием опросника SF-36® и распространенности тревожно-депрессивных расстройств субклинических и клинически значимых с помощью шкалы HADS (Госпитальной тревоги и депрессии). По сравнению со здоровыми у больных остеоартрозом выявлено снижение качества жизни по всем шкалам SF-36®. У мужчин с остеоартрозом психологический компонент здоровья выше, чем у женщин. При длительности заболевания более 5 лет, II-III стадиях отдельные показатели качества жизни ухудшаются. Установлена высокая распространенность тревожно-депрессивных расстройств у больных первичным остеоартрозом по сравнению с контрольной группой. Продемонстрировано нарастание частоты спектра тревожно-депрессивных расстройств с увеличением длительности болезни и с прогрессированием суставных проявлений.

Ключевые слова: остеоартроз, качество жизни, тревога, депрессия

Gоворин А.В., Алексенко Е.Ю.

PSYCHO-EMOTIONAL

STATUS OF PATIENTS WITH PRIMARY OSTEOARTHRITIS

The aim of the research was to evaluate life quality and to identify the prevalence of anxiety and depressive disorders in patients with primary osteoarthritis. 81 patients with primary osteoarthritis (27 men and 54 women) aged 30 to 55 years were examined. 27 healthy volunteers (9 men and 15 women) were included in the control group. To assess life quality the questionnaire SF-36® was used. To assess the prevalence of subclinical and clinically significant anxiety and depressive disorders the HADS (Hospital and Depression Scale) was used. Patients with osteoarthritis showed reduction in life quality on all scales of SF-36® compared with healthy subjects. Psychological health component in men with osteoarthritis was higher than in women. Duration of the disease being more than five years, some indices of life quality were deteriorated in stages II and III of the disease. High prevalence of anxiety and depressive disorders in patients with osteoarthritis compared with the control group was established. Higher frequency of anxiety and depressive disorders with a prolonged course of the disease was registered in advanced joint manifestations.

Key words: osteoarthritis, life quality, depression

Оценка качества жизни (КЖ) широко используется в ревматологии для характеристики тяжести патологического процесса, его динамики и эффективности лечебных мероприятий [13]. Анализ КЖ позволяет получить информацию о физическом, психоэмоциональном и социальном функционировании человека, что особенно важно при лечении хро-

нических заболеваний, в частности остеоартроза (OA) [1]. Длительно сохраняющийся болевой синдром, нарушение функции суставов и ограничение двигательной активности, нежелательные побочные реакции на лекарственную терапию, социальные ограничения у пациентов с OA не только способствуют значительному ухудшению КЖ, но и могут

вызывать коморбидные психические расстройства тревожно-депрессивного характера [3, 5, 8, 11]. Воздействие депрессии и тревоги на течение ОА не менее значимо, чем влияние его соматических характеристик [4, 6, 12]. Так, наличие депрессии усиливает болевой синдром, который в свою очередь усугубляет депрессию [7, 11]. Формируется порочный круг, в условиях которого развивается резистентность к проводимой терапии и ухудшается течение и прогноз ОА. В современной зарубежной и отечественной литературе вопросам оценки КЖ больных и распространенности тревожно-депрессивных расстройств при ОА на разных стадиях процесса при различной длительности заболевания посвящены немногочисленные работы [1, 8].

Цель исследования. Оценить КЖ и выявить распространенность тревожно-депрессивных расстройств у больных первичным ОА (ПОА).

Материалы и методы. В исследование были включены 81 человек, страдающих ПОА (27 мужчин и 54 женщины). Диагностика ПОА проводилась с учетом диагностических критерии Ассоциации ревматологов России [3]. Средний возраст обследуемых составил $41,8 \pm 6,1$ лет. При рентгенографии суставов I стадия по J. Kellgren и J. Lawrence (1957) была у 30 человек (37%), II стадия - у 41 (50,7%), III стадия - у 10 больных (12,3%). Средняя продолжительность заболевания - $4,3 \pm 3,9$ лет. Распределение больных с длительностью ПОА было таковым: менее 5 лет - 42 человека, более 5 лет - 39 пациентов. Группа контроля состояла из 27 добровольцев, практически здоровых, в возрасте $41,9 \pm 6,8$, соотношение мужчин и женщин было 1 : 2. Сбор данных осуществлялся путем анкетирования и анализа амбулаторных карт, при этом все респонденты информированы о целях проведения исследования и дальнейшем использовании его результатов.

Для оценки КЖ использовался

опросник SF-36® [1, 9]. Анкета состоит из 36 вопросов, разделенных на 8 шкал: физическое функционирование (PF), ролевое физическое функционирование (RP), телесная боль (BP), общее состояние здоровья (GH), жизненная активность (VT), социальное функционирование (SF), ролевое эмоциональное функционирование (RE), психологическое здоровье (MH). Расчеты дают значения каждой категории КЖ от 0 до 100 баллов, более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ. Перед вычислением показателей проводилась перекодировка ответов, затем суммирование их согласно методике, предусмотренной разработчиками опросника SF-36®, по 8 шкалам для каждого пациента. Показатели PF, RP, BP и GH составляют физический компонент здоровья, шкалы VT, SF, RE и MH характеризуют психологический компонент.

Выявление психопатологических расстройств у пациентов проводилось с использованием психометрического теста - Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) [7]. Шкала включает в себя 14 вопросов, имеет две подшкалы: тревоги и депрессии. Каждая подшкала состоит из 7 вопросов и 4 вариантов ответов, которым присваивается определенный балл (от 0 до 3). Подсчитывалась арифметическая сумма баллов, набранных пациентом по каждой из подшкал, а также суммарный балл по шкале. Суммарный балл по каждой из подшкал от 7 до 9 баллов указывал на субклиническое проявление тревоги/депрессии, 10 и более баллов - на клинически значимые проявления. Следует подчеркнуть, что результаты тестирования не являлись клиническим диагнозом, а только с высокой степенью вероятности указывали на наличие психопатологического состояния. Пациенты, которые, по данным HADS, имели выраженные нарушения, направлялись на более тщательное клиническое обследование психического статуса с привлечением

и психиатра. Больные с эндогенной депрессией из исследования исключались.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica 6.0 (StatSoft) [10]. Распределение практически всех вариационных рядов не подчинялось критериям нормальности, поэтому применялись методы непараметрической статистики. Для оценки различия между несколькими группами использовались критерий Крускалла-Уоллиса и медианный тест. Для сопоставления двух групп применялся U-критерий Манна-Уитни. Для сравнения частот бинарного признака использовался критерий χ^2 , при анализе малых частот вводилась поправка Йетса на непрерывность. Различия между группами считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. КЖ по всем шкалам SF-36® у больных ПОА было ниже, чем у здоровых (таблица 1). Самые

низкие показатели при ПОА отмечались по шкалам: ролевое физическое функционирование (RP), телесная боль (BP) и общее состояние здоровья (GH), которые не превышали 50 баллов. Наличие клинических проявлений ПОА оказывало влияние на психологический и физический компоненты здоровья. Показатели КЖ у мужчин были выше по сравнению с женщинами, что согласуется с популяционными исследованиями [2]. Различия получены по трем шкалам: жизненная активность (VT), социальное функционирование (SF) и психологическое здоровье (MH) ($p < 0,05$). Мужчины, страдающие ПОА, независимо от возраста имают больше положительных эмоций, их социальная активность выше, чем у женщин. При сопоставлении параметров КЖ пациентов с ПОА по возрастным категориям не выявлено достоверных отличий ни по одной шкале анкеты SF-36®.

Таблица 1

**Показатели Шкал SF-36® больных ПОА и здоровых
(Медиана, 25-й-75-й процентили)**

Группы	Шкалы-SF							
	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
Здоровые (n=27)	95 (95-100)	100 (75-100)	100 (100-100)	77 (57-87)	80 (75-85)	100 (100-100)	100 (66.67-100)	84 (76-88)
Больные ПОА (n=81)	75 (50-85)	25 (0-100)	41 (22-52)	50 (37-63)	55 (42-70)	75 (50-87,5)	66,67 (0-100)	68 (54-78)
P =	0,0023	0,0015	0,0034	0,0019	0,0014	0,0012	0,011	0,0026

Было проведено сравнение показателей по отдельным шкалам КЖ у пациентов в зависимости от рентгенологической стадии и длительности ПОА. Различия по шкалам социального функционирования (SF, $p=0,031$) и психического здоровья (MH, $p=0,02$) установлены между группами больных с I рентгенологической стадией и II-III стадиями. С прогрессированием болезни снижается уровень положительных эмоций, появляются ограничения социальной активности, связанные с ухудшением физического здоровья. У

больных с длительностью заболевания более 5 лет значения по таким шкалам, как физическое функционирование (PF, $p=0,049$), общее состояние здоровья (GH, $p=0,047$), социальное функционирование (SF, $p=0,036$) и психическое здоровье (MH, $p=0,018$) ниже, чем у пациентов с анамнезом ПОА до 5 лет.

Проведенное психометрическое тестирование определило высокий уровень тревожно-депрессивных расстройств среди пациентов с ПОА. Только у 30,9% больных ПОА (25 человек) не выявлено субкли-

нических и клинически значимых проявлений тревоги / депрессии. У 56 пациентов, страдающих ПОА, зарегистрированы признаки тревожно-депрессивных расстройств разной степени выраженности. Установлены различия между больными

ПОА и группой контроля по клинически значимым тревожным расстройствам, по сумме субклинических и клинически значимых тревожных и депрессивных расстройств (таблица 2).

Таблица 2

Частота встречаемости тревожно-депрессивных расстройств у больных ПОА в сравнении с группой контроля

Расстройства	Больные ПОА (n=81)	Контрольная группа (n=27)	Уровень статистической значимости
Тревожные: n, %			
7-9 баллов	26 (32.1)	4 (14.8) -	$p_{1,2}=0.14$
10 и более баллов	15 (18.6)		$p_{1,2}=0.036$
Всего:	41 (50.6)	4 (14.8)	$p_{1,2}=0.0023$
Депрессивные: n, %			
7-9 баллов	26 (32.1)	4 (14.8)	$p_{1,2}=0.14$
10 и более баллов	21 (25.9)	3 (11.1)	$p_{1,2}=0.18$
Всего:	47 (58)	7 (25.9)	$p_{1,2}=0.007$

При анализе распространенности психических расстройств установлено, что тревожно-депрессивные расстройства в 2,3 раза ($p=0,0001$) чаще выявляются у женщин по сравнению с мужчинами, страдающими ПОА. Обращает на себя внимание тот факт, что у женщин, страдающих ПОА, в 3,7 раза чаще зарегистрированы клинически значимые проявления депрессивных расстройств (27,7% против 7,4% при $p=0,49$). В изученных случаях частота регистрации

тревожно-депрессивных расстройств не зависела от возраста больных ПОА.

Расстройства тревожного характера субклинические и клинически значимые у больных с длительностью ПОА более 5 лет зарегистрированы чаще, чем у пациентов с анамнезом заболевания до 5 лет. Также определена большая распространенность субклинических депрессивных расстройств при более длительном анамнезе заболевания (рис. 1).

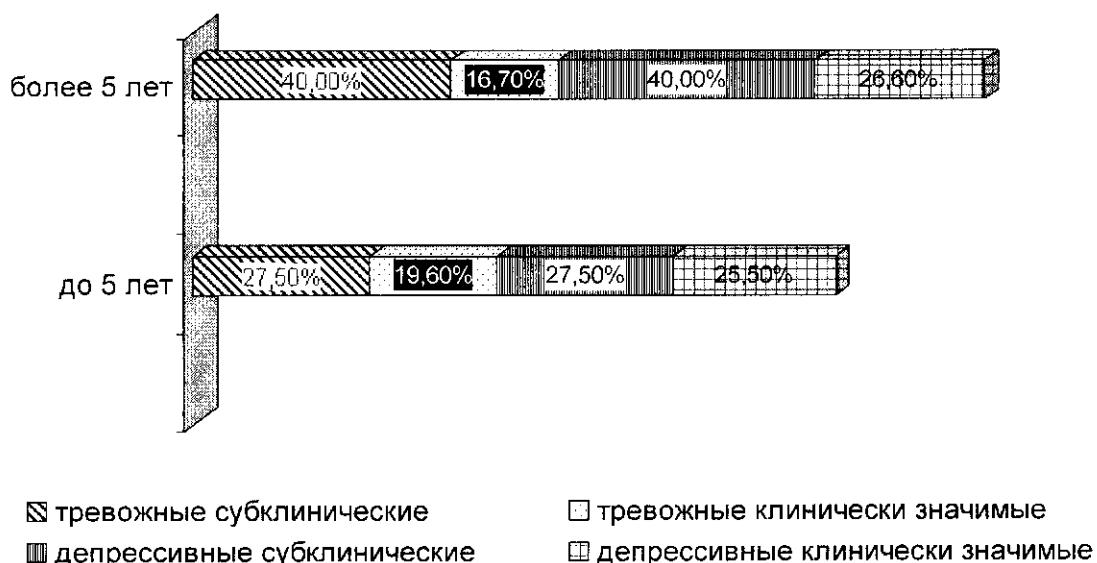


Рис. Частота тревожно-депрессивных расстройств у больных ПОА в зависимости от длительности болезни

Установлено увеличение частоты распространения психических расстройств при прогрессировании заболевания. Тревога, клинически значимая и с субклиническими проявлениями, у больных со II и III рентгенологическими стадиями встречалась у 58,8% пациентов, а при I стадии - в 36,6% случаев. Расстройства депрессивного спектра - в 64,7% случаев при II и III стадиях и у 46,6% больных с I стадией заболевания.

Таким образом, больные ПОА имеют более низкий уровень КЖ по сравнению со здоровыми лицами по всем шкалам анкеты SF-36®, особенно таким, как ролевое физическое функционирование (RP), телесная боль (BP) и общее состояние здоровья (GH), что обусловлено негативным влиянием симптомов заболевания на разные стороны жизнедеятельности больных. Показатели социальной активности и психического здоровья мужчин, страдающих ПОА, выше по сравнению с параметрами, определенными у женщин. При длительности клинических симптомов ПОА более 5 лет происходит ухудшение КЖ за счет психологического и физического компонентов здоровья (PF, GH, VT, SF и MH). У больных со II-III стадией заболевания КЖ снижается за счет психологического компонента (SF и MH) по сравнению с пациентами, имеющими I стадию ПОА. Установлена высокая распространенность тревожно-депрессивных расстройств у больных ПОА по сравнению с контрольной группой. Продемонстрировано нарастание частоты спектра тревожно-депрессивных расстройств с увеличением длительности болезни и с прогрессированием суставных проявлений. Среди женщин, страдающих ПОА, распространенность как тревожных, так и депрессивных расстройств выше, чем среди мужчин.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Амирджанова В. Н. Методология оценки качества жизни в практике ревматолога / В. Н. Амирджанова, Г. М. Койлубаева // Научно-практическая ревматология. - 2003. - № 2. - С. 23-27.
2. Качество жизни здорового населения Санкт-Петербурга / Т.И. Ионова, А.А. Новик, Б. Гандек [и др.] // Тезисы докладов Всероссийской конференции с международным участием "Исследование качества жизни в медицине". СПб : 2000. - С. 54-57.
3. Клинические рекомендации. Ревматология / под ред. Е. Л. Насонова. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - С. 99-111.
4. Можаев М. В. Факторы риска депрессии у пациентов терапевтического стационара / М. В. Можаев, С. Г. Покриев // Психические расстройства в общей медицине. - 2010. - № 1. - С. 24-29.
5. Новикова И. А. Основные факторы риска развития психосоматических заболеваний / И. А. Новикова, П. И. Сидоров, А. Г. Соловьев // Терапевтический архив. - 2007. - № 1. - С. 61-64.
6. Оганов Р. Г. Современные стратегии профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний / Р. Г. Оганов, Г. В. Погосова // Кардиология. - 2007. - № 7. - С 4-9.
7. Погосова Г. В. Современные подходы к лечению расстройств депрессивного спектра в общемедицинской практике : метод. пособ. для врачей / Г. В. Погосова / Приложение к журналу "Кардиоваскулярная терапия и профилактика". - 2007. - 24 с.
8. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36® (результаты многоцентрового исследования качества жизни "МИРАЖ" / В.Н. Амирджанова, Д.В. Горячев, Н.И. Кориунов [и др.] // Научно-практическая ревматология. - 2008. - № 1. - С 36-48.
9. Разрешение на использование и воспроизведение опросника SF-36® : Medical Outcomes Trust [Электронный ресурс]. - 2009. - Режим доступа: <http://www.sf-36.com/tools/sf36.shtml>. Дата доступа 28. 02. 2009.
10. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение

- пакета прикладных программ STATISTICA / О.Ю. Реброва. М. : МедиаСфера, 2002. - 312 с.
11. Смулевич А. Б. Депрессии в общемедицинской сети / А. Б. Смулевич, Э. Б. Дубницкая // Психические расстройства в общей медицине. - 2010. - №1. - С. 4-12.
12. Якушин С. С. Депрессивные расстройства в практике ревматолога /С. С. Якушин, Е. Ф. Якушина // Научно-практическая ревматология. - 2004. - № 1. - С. 55-59.
13. Rosemann Th. Osteoarthritis: quality of life, comorbidities, medication and health service utilization assessed in a large sample of primary care patients / Th. Rosemann, G. Laux, J. Szecsenyi // J. Orth. Surg. Res. - 2007. - Vol. 2. - P. 12.