

КОРЕКЦІЯ ДЕЗАДАПТАЦІЙНОЇ ПОВЕДІНКИ У ХВОРИХ НА КОКСАРТРОЗ, ЯКІ ПОТРЕБУЮТЬ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ

Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

(м. Дніпропетровськ)

Дана робота є фрагментом НДР кафедри психіатрії, загальної та медичної психології ДМА «Особливості психо-соматичних та сомато-психологічних взаємодій у патогенезі дезадаптаційної поведінки хворих», № держ. реєстрації 0112U000540.

Вступ. Коксартроз (КА) – найбільш важка форма остеоартрозу, яка супроводжується вираженим больовим синдромом, значно обмежує рухову активність хворого і здебільшого потребує оперативного втручання з тотального ендопротезування тазостегнового суглоба [3]. У літературі наводиться багато даних щодо значної залежності якості життя хворого, що переніс тяжке захворювання, операцію чи травму від ступеня його психічної реадaptaції, від того, як він адаптувався і до самого факту захворювання, і до його медичних, мікросоціальних та соціальних наслідків [6]. Порушення ж психічної адаптації, як правило, зумовлені включенням в адаптивні процеси малоефективних в актуальній ситуації психологічних захистів – процеси придушення, витіснення і т. д., або їх патологічних еквівалентів – невротичних симптомів, психопатичних форм поведінки [2].

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 невротичного регістру (тривожні, депресивні тощо), дія яких на перебіг захворювання і його прогноз не менш значуща, ніж вплив соматичних характеристик [5, 10]. Такі порушення заважають активному включенню хворого в лікувально-реабілітаційний процес і здебільшого стають причиною втрати працездатності. Наслідком несвоєчасного розпізнавання і неадекватного лікування психічних розладів є обтяження соматичної хвороби, формування резистентності до терапії, підвищення ризику інвалідизації [8].

Метою дослідження була оцінка ефективності лікувально-реабілітаційних заходів корекції дезадаптаційної поведінки у хворих на коксартроз, які потребують ендопротезування тазостегнового суглоба.

Об'єкт і методи дослідження. 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±4,7%) чоловіків і 67

(63,8±4,7%) жінок, середній вік ($M\pm m$) – (53,3±0,9) років. Всі пацієнти хворіли на КА, підтверджений відповідними медичними документами. В усіх випадках виконано оперативне втручання із заміщення тазостегнового суглоба (ендопротезування).

Для діагностики психопатологічних розладів і оцінки ефективності лікувальних заходів 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 статистичного аналізу [9].

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

За результатами клініко-психопатологічного дослідження і критеріями МКХ-10 [4] у 70 (66,7±4,6%) хворих на КА були діагностовані такі форми граничних психічних розладів (ГПР) як депресивний розлад

(F 32) – 26 (24,8±4,2%), неврастенія (F 48) – 17 (16,2±3,6%), тривожні та фобічні розлади (F 40-41) – 19 (18,1±3,8%), розлади особистості (F 60. 5, F 60. 6, F 60. 7) – 8 (7,6±2,6%). Провідними синдромами при цих розладах були: депресивний – 26 (24,8±4,2%) хворих, тривожно - фобічний – 21 (20,0±3,9%), астеничний – 13 (12,4±3,2%), іпохондричний – 10 (9,5±2,9%).

З усіма хворими на КА (105 осіб) на етапах до і після оперативного втручання з ендопротезування тазостегнового суглоба проводилась психоосвітня робота з метою інформування пацієнтів про захворювання (коксартроз), цілі, перебіг і наслідки оперативного втручання та реабілітаційного періоду, формування адекватного психологічного ставлення до захворювання і лікувально-реабілітаційних заходів.

У хворих на КА з виявленими ГПР (70 осіб) терапія мала комплексний характер і проводилась як на госпітальному етапі протягом одного місяця, так і на амбулаторному етапі у вигляді «підтримуючої» терапії впродовж 3 місяців і більше. Терапія невротичного стану з декомпенсацією була більш тривалою, в середньому 6-12 місяців. Виходячи з принципів терапії ГПР, які застосовуються в сучасній психіатрії, комплексна терапія невротичних розладів набуває великого значення при співвідношенні біологічних (лікарських) і соціотерапевтичних (в основному психотерапевтичних) методів [1,7]. Тому лікування включало психоосвітні і психотерапевтичні заходи (бесіда, лекція, аутотренінг), а також психофармакотерапію (транквілізатори, антидепресанти, нейрорептикі в малих і середніх терапевтичних дозах).

Метою психоосвітніх і психотерапевтичних заходів було активне формування у хворих раціонального відношення до своєї хвороби з використанням бесід та навчання прийомам лікування та вдалого формування медичних палат, особливо при первинній госпіталізації пацієнта. Психотерапевтичні бесіди дозволяли понизити жах перед хворобою. Хворих підготували до тривалого і обґрунтованого лікування, пояснювали необхідність і важливість прийняття позитивних рішень відносно обстеження і терапії, виконання рекомендацій лікарів, критичного відношення до висловлювань хворих з тяжким перебігом хвороби. Розміщували в одній палаті «нових» хворих разом зі «старими» з різними стадіями захворювання, але однієї направленості, даючи їм можливість у спілкуванні підтримувати один одного. В інших палатах пацієнтів з гіпертимними рисами розміщували серед хворих з іншими характерологічними особливостями. Ці прийоми призводили до поступового пом'якшення невротичних реакцій, створення системи самопомоги. Психотерапія на основі аутогенного тренування складалась з попереднього музикального підготування хворих до тренування, лікарської гімнастики та самого тренування.

Застосування транквілізаторів, з їх специфічною активністю у відношенні до невротичного рівня психопатологічних розладів, проводилось нами за загальними принципами фармакотерапії з

урахуванням загальних і вибіркового антиневротичних та вегетостабілізуючих і регулюючих сон компонентів з однієї сторони, та структури клінічної картини, з іншої. При ригідності, схильності до переоцінювання своєї особи терапія починалась із застосування транквілізаторів з подальшим використанням психотерапії для формування правильного відношення до хвороби. Для хворих з підвищеною конформністю, явними навіюваннями, тривожним думками, але з добрими контактами з лікарями психотерапія з самого початку поєднувалась з використанням транквілізаторів для зниження гостроти невротичних переживань, напруги, тривоги і жаху. Хворим з явною тривогою в структурі невротичних реакцій ефективним було призначення транквілізаторів з седативними діями в малих і середніх дозах: альпразолам 0,75-1,5 мг на добу, афобазол до 20-30 мг на добу, гідазепам 50-100 мг на добу та феназепам до 3 мг на добу. Коли переживання поєднувались з гіпотонією та субдепресією призначались великі дози антидепресантів – флуоксетин 20 мг на добу, циталопрам 20 мг на добу, сертралін 50 мг на добу, ципралекс 10 мг на добу і міасер 30 мг на добу, та нейрорептиків – сероквель 25-50 мг на добу, сонапакс (ридазин, тіоридазин) 15-30 мг на добу, еглоніл (сульпірид) 50-100 мг на добу, хлорпротиксен (труксал) 15-30 мг на добу. Коли хворі скаржились на те, що не можуть засинати від різкого болю в суглобах, ми рекомендували до транквілізаторів додавати мінімальні дози антидепресантів з метою використання їх міорелаксуючого впливу, таких як міасер 30 мг і ципраміл 10 мг. Тривалість цього курсу лікування була 2-3 тижні та продовжувалась до одного місяця і більше, особливо при тривалому невротичному стані. До комплексної терапії додавались вітаміни, загально - зміцнюючі засоби, а також ноотропи (енцефабол, ноотропіл, ноофен) з дозами 300-1000 мг на добу.

При лікуванні хворих з тривалим невротичним станом у вигляді невротичної депресії призначались середні дози антидепресантів, таких як циталопрам 20-40 мг на добу, флуоксетин 20-40 мг на добу, ципралекс 10-20 мг на добу і міасер до 30-60 мг на добу зі снодійними, транквілізаторами та загально - зміцнюючими засобами. Хворі, які були схильні до істеричних реакцій, лікувались на основі психотерапевтичних методик (зокрема, раціональна психотерапія, аутогенне тренування) з тривалим застосуванням транквілізаторів седативної дії, таких як феназепам в середніх дозах. Для підсилення седативного ефекту в окремих випадках застосовувалися малі нейрорептикі, такі як сероквель 25-50 мг на добу, сонапакс (ридазин, тіоридазин) 15-30 мг на добу, еглоніл (сульпірид) 50-100 мг на добу і хлорпротиксен (труксал) 15-30 мг на добу. Відносно збудливих хворих із запальністю, грубістю, гнівливістю, причепливістю та швидкими експлозивними афективними реакціями з незначного приводу при декомпенсаціях психопатії астеничного типу застосовувалась така ж лікарська тактика, як і при астеничних невротичних реакціях переважно з призначенням сероквелю з індивідуальними дозами

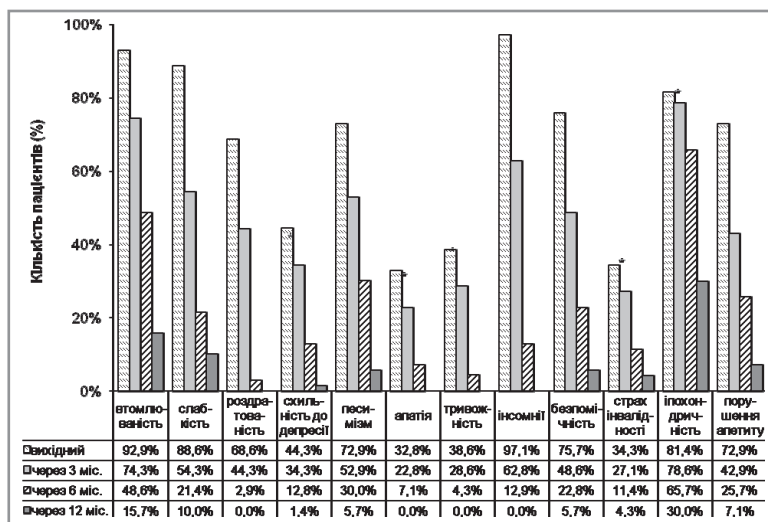


Рис. 1. Динаміка частоти виявлення психопатологічної симптоматики у хворих основної групи в різні періоди спостереження:

* – $p > 0,05$ між вихідним рівнем і показником через 3 місяця; в інших випадках від $p < 0,05$ до $p < 0,001$ порівняно з вихідним показником за критерієм Мак-Немара.

Таблиця 1

Динаміка ступеня вираженості психопатологічної симптоматики у хворих основної групи у віддалені періоди спостереження (n=70)

Симптом	Етапи спостереження (M±m)			
	перед-операційний	через 3 місяця	через 6 місяців	через 12 місяців
Втомлюваність	1,46±0,09	0,90±0,07	0,54±0,06	0,16±0,04
Слабкість	1,29±0,09	0,63±0,07	0,22±0,05	0,10±0,04
Плаксивість	0,77±0,08	0,30±0,06	0,07±0,03	0,03±0,01
Неуважність	0,46±0,08	0,19±0,05	0,04±0,02	0,01±0,01
Роздратованість	1,26±0,10	0,44±0,06	0,03±0,01	–
Відчуття невдоволення	1,00±0,08	0,66±0,06	0,31±0,06	0,14±0,04
Схильність до депресії	0,81±0,11	0,40±0,07	0,14±0,05	0,01±0,01
Зниження маси тіла	0,37±0,06	0,24±0,16*	–	–
Відчуття провини	0,26±0,07	0,09±0,03	0,04±0,02	–
Песимізм	0,86±0,08	0,53±0,06	0,30±0,06	0,06±0,03
Байдужість до зовнішнього вигляду	0,66±0,06	0,17±0,05	0,03±0,02	–
Відчуття безпомірності	1,0±0,08	0,51±0,07	0,24±0,06	0,06±0,03
Апатія	0,40±0,07	0,24±0,06	0,07±0,03	–
Ідеї самозвинувачення	0,29±0,06	0,13±0,04	–	–
Страх стати інвалідом	0,66±0,10	0,29±0,06	0,11±0,04	0,04±0,02
Сенестопатії	0,20±0,06	0,06±0,03	–	–
Іпохондричність	1,14±0,09	0,89±0,06	0,68±0,06	0,31±0,06
Тривога	0,96±0,15	0,42±0,06	0,05±0,02	–
Порушення сну	1,66±0,06	0,24±0,03	0,05±0,03	–
Порушення апетиту	1,06±0,10	0,43±0,06	0,26±0,05	0,07±0,03

Примітка: * – $p > 0,10$ порівняно з передопераційним періодом; в інших випадках – від $p < 0,05$ до $p < 0,001$ (за критеріями Стьюдента і Вілкоксона для парних вибірок).

при тривалому лікуванні в комплексі з транквілізаторами седативної дії (феназепам до 5-6 мг на добу).

В загальному плані схема тактики психотерапії та психофармакотерапії хворих на КА має наступну послідовність: встановлення клінічних характеристик хвороби, діагностування психічного стану хворого, визначення індивідуально-типологічних особливостей, встановлення характеру і рівня ГПР, проведення психотерапевтичних бесід, призначення і проведення психофармакотерапії, аутогенного тренування, дослідження покращення фізичного стану, повторне діагностування психічного стану після лікування, рекомендації амбулаторного лікування, рекомендації з реабілітації та соціальної підтримки.

Динаміку вираженості клініко-психопатологічної симптоматики у хворих на КА з виявленими ГПР (основна група – 70 пацієнтів) під впливом комплексної психотерапевтичної та психофармакологічної терапії оцінювали за даними психіатричного обстеження з використанням стандартизованого опитувальника скарг і психопатологічних симптомів, а також вимірювання вираженості больового синдрому за ВАШ і оцінки рівня тривожності за особистісною шкалою проявів тривоги Тейлора. У найближчому періоді після оперативного втручання і призначення симптоматичної психофармакотерапії оцінка динаміки проводилась індивідуально з кожним пацієнтом протягом перших 2-8 тижнів лікування. Дослідження у віддаленому періоді проводили через 3, 6 і 12 місяців після початку терапії. Для порівняння аналогічні дослідження проводились серед хворих на КА без психічних порушень (контрольна група – 35 пацієнтів).

Результати показали, що на післяопераційному етапі вираженість клініко-психопатологічної симптоматики у хворих основної групи дещо зменшилась, але достовірні зміни відзначались лише відносно інтенсивності болю (зменшення на 9,3%; $p < 0,01$), проявів байдужості до зовнішнього вигляду (на 30,3%; $p < 0,05$) і страху залишитися інвалідом (на 53,0%; $p < 0,05$). Останні, скоріше, були пов'язані зі сприятливим результатом операції, про що пацієнтам повідомили лікарі-травматологи.

Через 3 і 6 місяців після оперативного втручання і початку комплексного лікування виявлених проявів ГПР відзначена позитивна динаміка показників

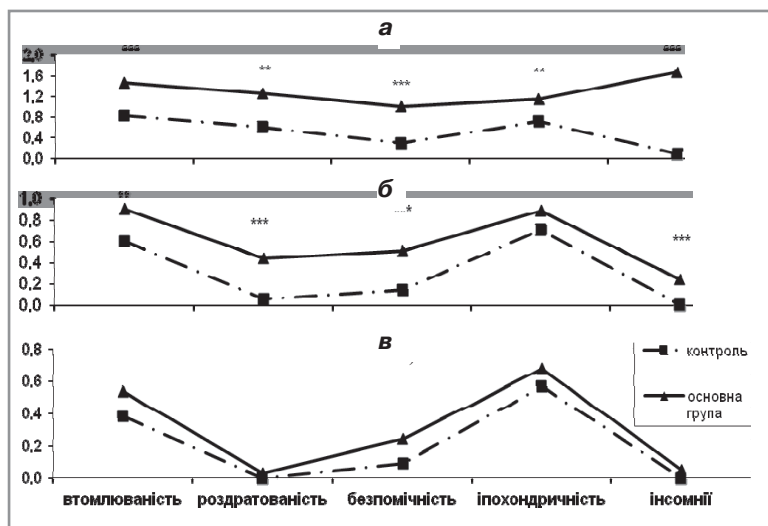


Рис. 2. Профілі ступеня вираженості окремих клініко-психопатологічних симптомів у хворих основної і контрольної груп до операції (а), через 3 (б) і 6 місяців (в) після операції: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$, *** – $p < 0,001$ між групами за критеріями Стьюдента і Манна-Уїтні.

як за зменшенням кількості скарг, так і за ступенем редукції бальних оцінок вираженості клініко-психопатологічних симптомів (рис. 1, табл. 1).

Так, кількість хворих основної групи з астеничними скаргами на підвищену втомлюваність і слабкість через 3 місяця достовірно ($p < 0,01$) зменшилась на 18,6% (з $92,9 \pm 3,1\%$ до $74,3 \pm 5,2\%$) і на 34,3% (з $88,6 \pm 3,8\%$ до $54,3 \pm 6,0\%$) відповідно. Нормалізацію сну і апетиту відмітили 24 ($34,3 \pm 5,7\%$) і 21 ($30,0 \pm 5,5\%$) хворих ($p < 0,01$), підвищення настрою і зменшення проявів роздратованості – 14 ($20,0 \pm 4,8\%$) і 17 ($24,3 \pm 5,1\%$) пацієнтів відповідно ($p < 0,05$). Через рік ці скарги або зникли зовсім, або залишилися в поодиноких випадках і були невираженими (табл. 1).

Незважаючи на те, що до 3-го місяця спостереження відзначалась лише тенденція ($p > 0,05$) до зменшення кількості хворих з проявами провідних психопатологічних симптомів (тривожності, депресії, апатії) в основній групі, їх вираженість суттєво зменшилась. Зокрема, як видно з табл. 1, бальна оцінка вираженості ознак тривоги знизилась з ($0,96 \pm 0,15$) до ($0,42 \pm 0,06$) балів, тобто на 56,3% ($p < 0,001$), вираженості депресивної симптоматики – з ($0,81 \pm 0,11$) до ($0,40 \pm 0,07$) балів (на 50,6%; $p < 0,001$), апатії – з ($0,40 \pm 0,07$) до ($0,24 \pm 0,06$) балів (на 40,0%; $p < 0,05$), відчуттів провини і невдоволення собою – на 65,4% і 34,0% відповідно ($p < 0,01$).

Дослідження показали, що через 6 місяців від початку терапії найкраща динаміка ($p < 0,001$) виявилась у відновленні порушень сну (редукція бальної оцінки на 97,0%), зменшенні тривожності і депресії (на 94,8% і 82,7% відповідно), а також проявів астеничного симптомокомплексу (слабкості – на 82,9%, втомлюваності – на 63,0%). Меншою мірою на цей час були виражені зміни проявів іпохондричних тенденцій – на 21,9% через 3 місяця ($p < 0,01$) і на 40,4% через півроку ($p < 0,001$), які значно покращились лише через 9-12 місяців спостереження (редукція на 72,8%; $p < 0,001$).

Слід відзначити, що високі темпи редукції психопатологічної симптоматики у хворих на КА з виявленими ГПР під впливом комплексної терапії дозволили до шестимісячного строку спостереження покращити психоемоційний стан хворих і наблизити їх до рівнів пацієнтів контрольної групи ($p > 0,05$ при всіх порівняннях між групами) (рис. 2). При цьому іпохондричні прояви (фіксація на стані свого здоров'я) зберігалися у чверті пацієнтів обох груп ($25,7 \pm 4,3\%$) навіть через рік після лікування.

Позитивні результати лікування хворих основної групи виявились у достовірному зниженні проявів особистісної тривожності, оціненої за методикою Тейлора. Через 3 місяця після оперативного втручання і початку терапії середній показник тривожності знизився на 35,0% з ($12,36 \pm 0,72$) до ($8,04 \pm 0,44$) бала ($p < 0,001$) (табл. 2).

У більшості пацієнтів (65 осіб – $92,9 \pm 3,1\%$) вираженість тривоги в цей період відповідала низькому або середньому рівню з тенденцією до низького і лише у 5 пацієнтів з тривожно-фобічними і депресивними розладами показники залишалися вище 15 балів.

Таблиця 2

Динаміка частоти і ступеня вираженості особистісної тривоги за шкалою Тейлора у пацієнтів основної групи (абс., $P \pm m\%$)

Рівень тривоги	Етапи спостереження			
	передопераційний	через 3 місяця	через 6 місяців	через 12 місяців
Низький (0-4 бали)	2 ($2,9 \pm 2,0\%$)	10 ($14,3 \pm 4,2\%$)	14 ($20,0 \pm 4,8\%$)	29 ($41,4 \pm 5,9\%$)
Середній з тенденцією до низького (5-14 балів)	39 ($55,7 \pm 5,9\%$)	55 ($78,6 \pm 4,9\%$)	56 ($80,0 \pm 4,8\%$)	41 ($58,6 \pm 5,9\%$)*
Середній з тенденцією до високого (15-24 бали)	26 ($37,1 \pm 5,8\%$)	5 ($7,1 \pm 3,1\%$)	–	–
Високий (25-40 балів)	3 ($4,3 \pm 2,4\%$)	–*	–*	–*
Середнє значення ($M \pm m$)	$12,36 \pm 0,72$	$8,04 \pm 0,44$	$6,13 \pm 0,22$	$5,27 \pm 0,21$

Примітка: * – $p > 0,10$ порівняно з передопераційним періодом; в інших випадках – від $p < 0,05$ до $p < 0,001$ (за критеріями Стьюдента, Манна-Уїтні і Мак-Немара).

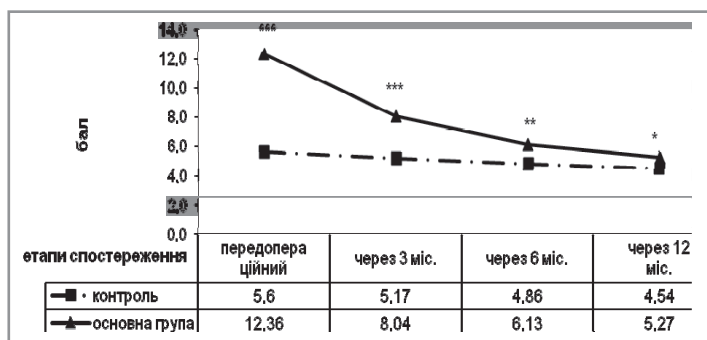


Рис. 3. Динаміка середніх рівнів проявів особистісної тривоги за шкалою Тейлора у хворих основної і контрольної груп: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$, * – $p < 0,001$ між групами за критеріями Стюдента і Манна-Уїтні.**

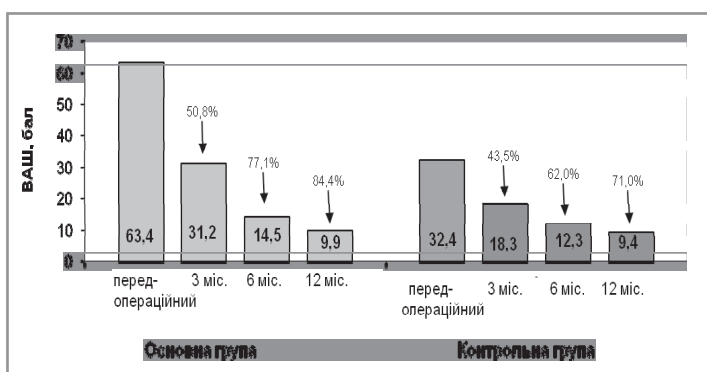


Рис. 4. Динаміка середніх рівнів інтенсивності болю за шкалою ВАШ у хворих основної і контрольної груп: зниження показника (у %) порівняно з передопераційним періодом ($p < 0,001$).

Вже через півроку у всіх пацієнтів основної групи відзначена нормалізація рівнів особистісної тривоги, а редукція середнього показника склала 50,4% порівняно з передопераційним періодом ($p < 0,001$).

В цілому, більш високі темпи редукції тривожної симптоматики у хворих основної групи дозволили до шестимісячного строку спостереження суттєво скоротити розрив між виділеними клінічними групами (рис. 3). Якщо вихідний рівень тривоги у групі пацієнтів з ГПР був в 2,2 рази вище ($p < 0,001$), ніж в контролі, то через 3 місяця після початку терапії перевищення становило 1,6 рази ($p < 0,001$), а через 6 і 12 місяців – 1,3 і 1,2 рази відповідно ($p < 0,01$ і $p < 0,05$).

Враховуючи провідну роль болювого синдрому у хворих на КА в цілому і його тісний зв'язок з наявністю ГПР, нами простежена динаміка цього показника, оціненого за шкалою ВАШ, у пацієнтів основної і контрольної груп. Середній рівень інтенсивності болю за шкалою ВАШ у хворих з ГПР на передопераційному етапі був вдвічі вище, ніж у пацієнтів без цих порушень ($63,4 \pm 1,3$ проти $32,4 \pm 1,5$ балів; $p < 0,001$), а після оперативного втручання показник зменшився лише на 5,9 балів або 9,3%. В подальшому відзначено високі темпи редукції середнього показника інтенсивності болю в обох групах (від 43,5% до 84,4%), що є закономірним результатом проведеного оперативного втручання з ендпротезування тазостегнового суглоба і ортопедичних реабілітаційних заходів (рис. 4). З іншого боку, одночасне проведення корекційних

заходів щодо виявлених ГПР у хворих основної групи дозволило вже до шестимісячного строку спостереження суттєво зменшити вираженість болювого синдрому і наблизити їх до рівнів пацієнтів контрольної групи. Зокрема, через 3 місяця після початку терапії інтенсивність болю у пацієнтів основної групи перевищувала таку в контролі в 1,7 рази ($p < 0,001$ між групами), через 6 місяців – в 1,2 рази ($p > 0,10$), через рік – в 1,1 рази ($p > 0,60$).

Висновки.

1. Комплексна психотерапевтична та психофармакологічна тактика лікування хворих на КА сприяє регресу виявлених психічних порушень, дозволяє покращити психоемоційний стан пацієнтів і надає знання хворим щодо саморегуляції психічного стану, реабілітації і соціальної адаптації.

2. Найкраща динаміка через 3 і 6 місяців від початку терапії ($p < 0,001$) виявилась у відновленні порушень сну (редукція на 85,5% і 97,0% відповідно), зниженні ознак тривоги (на 56,3% і 94,8%), вираженості депресивної симптоматики (на 50,6% і 82,7%), зменшенні проявів астеничного симптомокомплексу (слабкості – на 51,2% і 82,9%, втомлюваності – на 38,4% і 63,0%) і болювого синдрому (на 50,8% і 77,1%).

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

Перспективи подальших досліджень.

Подальші дослідження направлені на розробку та вдосконалення системи ранньої діагностики пограничних психічних розладів у хворих на коксартроз, які потребують ендпротезування, а також покращення прогностичної моделі прогресування психопатологічних порушень з визначенням факторів ризику. Необхідно досліджувати впровадження в практичну діяльність лікарів травматологів та ортопедів критеріїв оцінки методів корекції дезадапційних порушень при коксартрозі, що сприятиме ранній діагностиці, своєчасному вибору адекватної лікувальної тактики та реабілітаційних заходів, поліпшенню якості життя таких хворих.

Література

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства / Ю. А. Александровский. – М.: Медицина, 2000. – 496 с.
2. Воробьев В. М. О профилактике и терапии нарушений психической адаптации / В. М. Воробьев, Н. Л. Коновалова // Обозрение медицинской психологии и психиатрии им. В. М. Бехтерева. – 1993. – № 1. – С. 71-72.
3. Коваленко В. Н. Остеоартроз. Практическое руководство / В. Н. Коваленко, О. П. Борткевич. – К.: Морион, 2003. – 448 с.
4. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация клинических и психических расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – К.: Факт, 1999. – 272 с.
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. Николаева Л. Ф. Основы медико-социальной реабилитации // Медицинская реабилитация. Т. I / Под. ред. акад. В. М. Боголюбова. – Пермь: Звезда, 1998. – С. 6-34.
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. Реброва О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О. Ю. Реброва. – М.: Медиа Сфера, 2002. – 312 с.
10. Чабан О. С. Терапія хронічного алгічного синдрому у пацієнтів з непсихотичними депресивними розладами і коморбідною соматичною патологією / О. С. Чабан, О. О. Хаустова // Український вісник психоневрології. – 2010. – Том 18, Вип. 1(62). – С. 67-72.

УДК 616. 728. 2-089. 843-036. 1

КОРЕКЦІЯ ДЕЗАДАПТАЦІЙНОЇ ПОВЕДІНКИ У ХВОРИХ НА КОКСАРТРОЗ, ЯКІ ПОТРЕБУЮТЬ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ

Феденко Є. С.

Резюме. Було проведено обстеження 80 стаціонарних хворих на коксартроз, які потребують ендопротезування. Визначено основні психопатологічні синдроми: астеничний, депресивний, фобічний, тривожний і іпохондричний. Описано закономірності формування психопатологічної клінічної картини під впливом соматичного захворювання. Досліджено самооцінку хворих на коксартроз залежно від віку і статі. Вивчено відмінності в клінічній картині на передопераційному і післяопераційному етапах.

Ключові слова: коксартроз, психологічні особливості, дизадаптації поведінки.

УДК 616. 728. 2-089. 843-036. 1

КОРЕКЦИЯ ДЕЗАДАПТАЦИОННОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ НА КОКСАРТРОЗ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ

Феденко Е. С.

Резюме. Было проведено обследование 80 стационарных больных с коксартрозом, нуждающихся в эндопротезировании. Определены основные психопатологические синдромы: астенический, депрессивный, фобический, тревожный и ипохондрический. Описаны закономерности формирования психопатологической клинической картины под влиянием соматического заболевания. Исследована самооценка больных коксартрозом в зависимости от возраста и пола. Изучены отличия в клинической картине на передоперационном и послеоперационном этапах.

Ключевые слова: коксартроз, психологические особенности, дизадаптация поведения.

UDC 616. 728. 2-089. 843-036. 1

Correction Maladjusted Behavior in Patients with Coxarthrosis in Need of Endoprosthetics

Fedenko E. S.

Summary. A survey of 80 patients was conducted with coxarthrosis, who need endoprosthesis. The main psychopathological syndromes, such as asthenic, depressive, phobic, anxious and hypochondriac were determined. Describes the regularities of psychiatric clinical picture influenced by somatic disease. Investigated self-esteem of patients with coxarthrosis, depending on age and sex. Studied differences in the clinical picture before and after operation.

Key words: coxarthrosis, psychological peculiarities, disadaptative behaviour.

Стаття надійшла 5. 02. 2013 р.

Рецензент – проф. Скрипніков А. М.