

pelvic floor muscle exercises, and vaginal cones: a combined rehabilitative approach for sexual dysfunction associated with urinary incontinence / M. Rivalta, M.C. Sighinolfi, S. De Stefani // J. Sex. Med.-2009. – Vol.6.- P.1674-1679.

9. Systematic review: randomized, controlled trials of nonsurgical treatments for urinary incontinence in

women / T.A. Shamliyan, R.L. Kane, J. Wyman [et al.] // Ann. Inter. Med. - 2008.-Vol. 148.-P. 459-461.

10. Yagci S. The effect of biofeedback treatment on voiding and urodynamic parameters in children with voiding dysfunction / S. Yagci, Y. Kibar // J. Urol.-2005.- Vol. 174.-P. 1994-1998.



УДК 616.728.2-089.843-036.1:616-071.4

**І.Д. Спіріна,
С.Ф. Леонов,
Є.С. Феденко**

ОСОБЛИВОСТІ ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ХВОРОБИ У ХВОРИХ НА КОКСАРТРОЗ, ЯКІ ПОТРЕБУЮТЬ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ, В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВИРАЖЕНОСТІ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ

*Дніпропетровська державна медична академія
кафедра психіатрії, загальної і медичної психології
(зав. - д. мед. н., проф. І.Д. Спіріна)*

Ключові слова: коксартроз, типи ставлення до хвороби, больовий синдром

Key words: coxarthrosis, the type of attitude to the disease, pain syndrom

Резюме. Было проведено обследование 80 стационарных больных коксартрозом, нуждающихся в эндопротезировании. Определены основные формы пограничных психических расстройств при коксартрозе, такие как неврастения (F 48), депрессивное расстройство (F 32), тревожные и фобические расстройства (F 40), расстройства личности: истерическое (F 60.4), ананкастное (F 60.5), тревожное (F 60.6) и зависимое (F 60.7). Полученные данные свидетельствуют, что у больных трудоспособного возраста (41 – 50 лет) преобладает депрессивное расстройство. Установлена связь между выраженностью болевого синдрома и типом отношения к болезни. Полученные данные необходимо учитывать врачам-травматологам при лечении и реабилитации этих больных.

Summary. A study of 80 in-patients with coxarthrosis, who need endoprosthesis was conducted. The main forms of borderline mental disorders, in coxarthrosis such as neurasthenia (F 48), depressive disorder (F 32), anxiety and phobic disorders (F 40), and personality disorders: hysterical (F 60.4), anankastical (F 60.5), anxiety (F 60.6) and dependency (F 60.7) were determined. The data obtained testify that in patients of working age (41 - 50 years) depressive disorder prevails. The relation between severity of pain syndrome and the type of attitude to the disease was established. The data obtained should be considered by traumatologists in the treatment and rehabilitation of these patients.

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

Розповсюдженість коксартрозу в популяції (6,43%) корелює з віком і досягає максимальних

показників (13,9%) у осіб старше 45 років. Захворюваність в Україні становить 497,1, розповсюдженість – 2200,6 на 100 тис. населення [3].

У наш час збільшується інтерес до особистості хворого, його реакції на хворобу. Встановлено, що в етіології та патогенезі ортопедичних захворювань суттєву роль відіграють не лише біологічні, але й психоемоційні та психічні

фактори, які заважають активному включенню хворого в лікувальний та реабілітаційний процес. Вивчення особливостей реакції на виникнення хвороби засновано на інтеграції психологічних категорій, у рамках яких аналізується поняття «внутрішня картина хвороби». Ставлення до хвороби завжди вагоме і тому впливає й на інші системи відносин особистості. Визначається це різноманітними факторами, такими як преморбідні особливості хворого, перебіг самого захворювання та мікросоціальне оточення [6, 7]. Характеристика становлення особистості до свого захворювання складається з оцінки тих змін, які внесла у життя хвороба, особливо з хронічним перебігом, та того, що полегшує або ускладнює боротьбу з нею. Змістовна сторона ставлення до хвороби виступає у вигляді додаткових психотравмуючих факторів, впливає на формування психопатологічних порушень та змінює загальний рівень адаптації хворого. Тип відношення до хвороби (ТВХ) залежить від ряду об'єктивних та суб'єктивних факторів: статі, віку хворого та мотивації, когнітивних особливостей, мікросоціального статусу, а також від ряду характеристик самого патологічного процесу [5, 12].

Відомо, що однією з основних причин, яка спонукає хворого на коксартроз звернутися за допомогою, є біль у ділянці пошкодженого суглоба. Гострий і хронічний біль потрібно розглядати як найактуальнішу проблему охорони здоров'я [8]. Загальновизнаними є факти, які доводять, що хронічний больовий синдром часто супроводжується психопатологічними змінами. Доведена участь і цих змін у патогенезі больового синдрому та їх негативний вплив на ефективність лікування. Вони мають ключове значення у розумінні ступеня обмеження життєдіяльності у хворих з хронічним болем [12].

Метою дослідження є вивчення особливостей ставлення до хвороби у хворих на коксартроз, які потребують ендопротезування, а також дослідити зв'язок між ступенем вираженості больового синдрому та реакцією на хворобу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Було обстежено 80 стаціонарних хворих відділення ендопротезування ОКЛ ім. І.І.Мечникова м. Дніпропетровська. Середній вік пацієнтів склав $53 \pm 5,6$ року (табл. 1).

Таблиця 1

Віковий склад хворих

Кількість хворих		Стать		до 40		41 - 50		51 - 60	
		ч	ж	ч	ж	ч	ж	ч	ж
Усього	80	36	44	8	10	18	23	8	13
%	100	45	55	10	12,5	22,5	28,75	10	16,25

Тривалість хвороби складала від 2 року до 30 років, в середньому $8,36 \pm 0,79$ року (табл. 2).

Як видно з таблиці 3, кількість працюючих і непрацюючих розподілилась майже однаково. Внаслідок прогресування захворювання ці хворі не мають можливості в повній мірі працювати.

Особливості психічного статусу, типи особистого реагування на захворювання вивчалися нами за допомогою клінічного обстеження та

методики дослідження типу відношення до хвороби (ЛОБИ). Вираженість больового синдрому оцінювалась за допомогою візуально-аналогової шкали болю (ВАШ). Наявність больового синдрому об'єктивізувалась соматовегетативними проявами, такими як коливання цифр артеріального тиску, прискорене серцебиття, підвищена пітливість.

Таблиця 2

Розподіл хворих за тривалістю хвороби

Кількість хворих		Стать		Тривалість (років)							
		ч	ж	до 5		6 - 10		11 - 20		21 і більше	
				ч	ж	ч	ж	ч	ж	ч	ж
Усього	80	36	44	15	23	8	13	5	10	1	5
%	100	45	55	39,47	60,53	38,1	61,9	33,33	66,67	16,33	83,33

Соціальний стан хворих наведено в таблиці 3.

Методика для психологічної діагностики типів ставлення до хвороби дозволяє визначити 13 різних типів: гармонійний (Г), тривожний (Т), іпохондричний (І), меланхолійний (М), апатичний (А), неврастенічний (Н), obsесивно-фобічний (О), сенситивний (С), егоцентричний (Я), ейфоричний (Ф), анозогнозичний (З), ергопатичний (Р) і паранояльний (П) [1]. Запитання до хворих були спрямовані на діагностику того стану, який склався під впливом хвороби. Визначалося їх ставлення до самої хвороби, її лікування, лікарів і медичного персоналу, рідних і близьких, самопочуття, настрою, сну, апетиту, до роботи, довкілля, самотності та до майбутнього.

Таблиця 3

Соціальний стан хворих

Соціальний стан	РА	
	кількість	%
Працюючі	31	38,75
Непрацюючі	28	35
Пенсіонери	21	26,25
Усього	80	100
В т.ч. інваліди різних груп	26	32,5

Візуально-аналогова шкала болю являє собою лінію довжиною 100 мм, кінці якої відповідають крайнім ступеням вираженості болю («немає болю» на одному кінці, «нестерпний біль» — на іншому) [9]. Пацієнту пропонується оцінити інтенсивність болю, що він відчуває, а результат вимірюється у міліметрах, відмічених на невидимому для пацієнта боці шкали.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У результаті проведеного клінічного обстеження були встановлені основні форми граничних психічних розладів при коксартрозі, згідно з Міжнародною класифікацією хвороб 10 перегляду, такі як неврастенія (F 48), депресивний розлад (F 32), тривожні та фобічні розлади (F 40), розлади особистості: істеричний (F 60.4), ананкастний (F 60.5), тривожний (F 60.6) та залежний (F 60.7) [4].

Психічні розлади у формі неврастенії спостерігалися у 22 (27,5%) хворих. Клінічна картина цих розладів характеризувалася підвищеною розумовою втомлюваністю, яка проявлялася зниженням соціальної активності, підвищеною фі-

зичною втомленістю, нездатністю здійснити невелике фізичне навантаження, запамороченнями, головним болем, порушеннями сну, нездатністю розслабитися, тривожністю. В емоційному стані хворих відмічалися такі прояви, як знижений настрій, нестриманість, сенситивність, іноді на тлі зниженого настрою спостерігалися короткочасні спалахи гніву, які закінчувалися різкою слабкістю, сльозами.

Депресивні розлади характеризувалися такими клінічними проявами, як знижений настрій, втрата інтересів і задоволення, зниження енергійності, слабкість, втомленість, млявість, неухважність, поганий апетит та погіршення сну з тривожними сновидіннями. Ці клінічні прояви супроводжувалися переживаннями про свою неповноцінність від хвороби, загублене назавжди здоров'я, неможливість вилікуватись та непередбачуваність майбутнього. Вищезазначені розлади спостерігалися у 25 (31,25%) хворих.

Фобічні та тривожні розлади були виявлені у 15 (18,75%) хворих. У клінічній картині були відмічені такі характерні прояви, як тривога з будь-якої причини, страх стати інвалідом, непрацездатним, самотнім, непотрібним, знижена самооцінка та вегетативні розлади, також у висловлюваннях хворі акцентували увагу оточуючих на своїй фізичній та психічній неповноцінності.

У 13 (16,25%) хворих у результаті клінічного обстеження було встановлено такі розлади особистості, як істеричний, ананкастний, тривожний та залежний. Для осіб із істеричним розладом (4 (5%) хворих) характерна лабільність емоцій, їх перебільшене висловлення, сугестивність, схильність до впливу оточуючих, прагнення бути у центрі уваги, заклопотаність своїм зовнішнім виглядом, егоцентризм, легкість образи, прагнення маніпулювати. Ананкастному розладу (3 (3,75%) пацієнти) властиві такі прояви, як надмірна схильність до сумнівів, особлива увага до деталей, порядку, правил, прагнення до досконалості, надмірна сумлінність, занадто велика педантичність та прихильність до соціальних умовностей, ригідність, необґрунтовані вимоги хворих. Пацієнти з тривожним розладом (4 (5%)) схильні до постійного почуття напруги та тяжких передчуттів, соціальної нікчемності, пригніченості у відношенні до інших, підвищеної чутливості до критики на свою адресу, небажання вступати у взаємовідносини без гарантії сподобатися, відхилення від соціальної та професійної діяльності через страх критики та несхвалення на свою адресу. Розлад особистості залежного типу виявлено у 2 (2,5%) хворих, які

мають такі якості: перекладання на інших більшості важливих рішень у житті, підпорядкування своїх потреб іншим, від яких залежить хворий, відчуття безпорадності на самоті, страх бути покинутим.

У 5 (6,25%) пацієнтів у клінічній картині психічні розлади не виявлено.

Проаналізувавши граничні психічні розлади в залежності від віку, ми прийшли до висновку, що депресивні розлади превалюють у віковій групі від 41 до 50 років, що важливо враховувати при лікуванні і реабілітації хворих дїездатного віку.

Виявлені типи ставлення до хвороби за віком відображені у таблиці 4.

Таблиця 4

Типи ставлення до хвороби за віком

Типи ставлення	Вік, роки		
	до 40	41 - 50	51 - 60
Гармонійний	3/16,7	2/4,9*	-
Тривожний	5/27,8*	19/46,3*	6/28,6*
Іпохондричний	1/5,6*	7/17,1*	4/19*
Апатичний	4/22,2	-	3/14,3
Неврастенічний	5/27,8*	13/31,7*	8/38,1*
Обсесивно-фобічний	1/5,6	3/7,3	2/9,5
Сенситивний	3/16,7	2/4,9	2/9,5
Ергоцентричний	1/5,6	1/2,4	1/4,8
Ейфоричний	4/22,2	-	4/19
Анозогнозичний	-	-	-
Ергопатичний	3/16,7	4/9,7	3/14,3
Паранояльний	2/11,1	6/14,6	5/23,8
Кількість хворих	18/22,5	41/51,25	21/26,25

Примітка: г40 = 0,73; г 41-50 = 0,72; г51-60= 0,76; *-результат при $p < 0,05$;

На основі отриманих клінічних даних встановлено, що у хворих усіх груп спостерігалось підвищення оцінок відношення до хвороби за шкалою Т (тривожний тип) і Н (неврастенічний тип), особливо це виражено у віковій групі від 41 до 50 років. Це підтверджує переважання депресивного розладу у даній віковій групі. При різноманітних емоційно-афективних реакціях хворим саме цієї групи буде притаманна більш дезадаптивна поведінка, що може призвести до порушення їх соціального функціонування.

У хворих з тривожним типом ставлення до хвороби присутнє безперервне занепокоєння у відношенні несприятливого перебігу хвороби, можливих ускладнень, неефективності і навіть небезпечності лікування, пошук нових способів лікування, прагнення додаткової інформації про хворобу, методи лікування. Настрій у цих хворих тривожний, пригнічений.

У хворих з неврастенічним типом ставлення до захворювання у клінічній картині спостерігалась роздратованість, особливо при болях, при неприємних відчуттях, при невдачах лікування, несприятливих даних обстеження. Для цих хворих характерна непереносимість больових відчуттів, нетерплячість, неспроможність чекати полегшення.

Особи з виявленим внаслідок обстеження гармонійним типом ставлення до хвороби досить тверезо оцінювали свій стан без схильності до перебільшення його тяжкості, але й без його недооцінки. Їм була притаманна адекватна поведінка у період адаптації до зміни фізичного стану, небажання турбувати інших необхідністю догляду за собою. Вони намагалися співпрацювати з медичним персоналом, зберігали конструктивно активну позицію під час лікування.

У нашому дослідженні оцінювалась вираженість больових відчуттів з урахуванням типів особистого реагування пацієнтів на захворювання. У результаті отриманих даних виявлено, що хворі з іпохондричним, неврастенічним та тривожним типами реагування схильні до перебільшення в оцінці вираженості больових відчуттів. Отримані нами дані необхідно враховувати лікарям-травматологам у процесі лікування та реабілітації цього контингенту хворих.

ВИСНОВКИ

1. У результаті проведеного дослідження у хворих на коксартроз, які потребують ендопротезування, були визначені основні форми граничних психічних розладів, такі як: неврастенія (F 48), депресивний розлад (F 32), тривожні та фобічні розлади (F 40), розлади особистості: істеричний (F 60.4), ананкастний (F 60.5), тривожний (F 60.6) та залежний (F 60.7).

2. Серед вказаних граничних психічних розладів депресивний превалює у віковій групі від 41 до 50 років, що важливо враховувати при лікуванні і реабілітації хворих дїездатного віку.

3. У хворих усіх груп спостерігалось підвищення оцінок ставлення до хвороби за шкалою Т (тривожний тип) і Н (неврастенічний тип), особливо це виражено у віковій групі від 41 до 50 років.

4. Установлено, що хворі з іпохондричним, неврастенічним та тривожним типами реагу-

вання схильні до перебільшення в оцінці вираженості больових відчуттів.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Вассерман Л.И. Медицинская психодиагностика. Теория, практика и обучение / Л.И. Вассерман, О.Ю. Шекова. – М.: Academia, 2004. – 736 с.
2. Дроздова И.В. Психологические аспекты реабилитации больных / И.В. Дроздова // Междунар. мед. журнал. – 2002. – Т.8, №4. – С.50-52.
3. Коваленко В.Н. Остеоартроз. Практическое руководство / В.Н. Коваленко, О.П. Борткевич. – К.: Морион, 2003. – 448с.
4. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация клинических и психических расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – К.: Факт, 1999. – 272с.
5. Рак А.В. Критерии оценки ограничения жизнедеятельности больных, перенесших тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава /А.В. Рак, Г.А. Алиев // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2004. – Т.163, №1. – С.105-107.
6. Смулевич А.Б. Депрессии в общесоматической практике / А.Б. Смулевич. – М., 2000. – 160 с.
7. Трегубова Н.А. Клинико-психопатологическая и патоперсоналогическая характеристика больных психовегетативными расстройствами / Н.А. Трегубова // Таврический журнал психиатрии. – 2006. – Т.10, №2(35). – С. 41-45.
8. Чабан О.С. Терапія хронічного алгічного синдрому у пацієнтів з неспсихотичними депресивними розладами і коморбідною соматичною патологією / О.С. Чабан, О.О. Хаустова // Укр. вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18, вип. 1 (62). – С. 67-72.
9. Шухов В.С. Боль: механизмы формирования и исследования в клинике / В.С. Шухов. – М., 1990. – 121с.
10. Chronic pain disorder following physical injury / Jon Streltzer, Byron A. Eliashof, Amy E. Kline [et al.] // Psychosomatics. – 2000 – Vol. 41. – P. 227 – 234.
11. Jorgensen Carsten Krogh. Psychological distress among patients with musculoskeletal illness in general practice / Carsten Krogh Jorgensen, Per Fink, and Frede Olesen // Psychosomatics. –2000 – Vol. 41. – P. 321 – 329.
12. Relationships among depression, chronic pain, chronic disabling pain, and medical costs / Bruce A. Arnow, M. Blasey Christine, Lee Janelle [et al.] // Psychiatric Services – 2009. – Vol. 60. – P. 344 – 350.



УДК 616.832-007.1-02-036

**Т.Ф. Любарець,
М.Ю. Антомонов**

ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ МІЕЛОДИСПЛАСТИЧНОГО СИНДРОМУ

*Інститут клінічної радіології ДУ «Науковий центр радіаційної медицини АМН України»
відділ молекулярно-генетичної лабораторної діагностики
та прогнозу радіоіндукованої патології
(зав. – чл.-кор. АМН України В.Г. Бебешко)
ДУ «Інститут гігієни та медичної екології ім. О.М. Марзєєва АМН України»
відділ медичної інформатики
(зав. – проф. М.Ю. Антомонов)
м. Київ*

Ключові слова: *індекс прогнозування, критерій, класифікаційна функція, мієлодиспластичний синдром, іонізуюче випромінювання*
Key words: *prognostic index, criteria, classification function, myelodysplastic syndrome, ionizing radiation*

Резюме. *Разработан индекс прогнозирования течения миелодиспластического синдрома (ИП_{мдс}), позволяющий прогнозировать течение заболевания и оценить возможность развития неблагоприятного прогноза для данной категории больных с вероятностью 99,7 %. Вероятность минимально неблагоприятного прогноза для больных с МДС составляет 40,0 %. Относительные риски (RR) летального исхода в течение 2,5 лет наблюдения для больных с МДС находятся в пределах от 4,47 до 6,14. Разработанные математические модели (классификационные функции) дают возможность прогнозировать выживаемость больных с МДС с учетом наличия в анамнезе влияния ионизирующего излучения.*