

II. БОЛЕЗНИ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОСТЕОАРТРОЗЕ

*Е.Ю. Алексенко**

Читинская государственная медицинская академия

Тревожно-депрессивные расстройства часто сопутствуют хронически протекающей соматической патологии [4, 7, 9, 10, 13, 14]. При увеличении длительности заболевания, его прогрессировании ухудшаются физические функции, сужается социальное функционирование, снижается работоспособность, что, бесспорно, не только ухудшает качество жизни, но и отражается на психологическом статусе [8, 12]. По данным литературы, депрессия и тревога часто сопутствуют друг другу, являясь коморбидными состояниями [10, 11, 14]. Остеоартроз (ОА), как длительно протекающее заболевание ведёт к возникновению дополнительных острых и хронических стрессовых факторов [5]. У больных остеоартрозом к этим факторам можно отнести наличие суставного синдрома, включающего боль и ограничение функции, неуклонное прогрессирование болезни, низкую самооценку своего здоровья, частый прием лекарственных препаратов с целью обезболивания [17, 20]. Наиболее значимым стрессовым фактором, специфичным для ОА, является боль. Наличие болевого синдрома усугубляет депрессию, а депрессия влияет на восприятие боли [15]. В связи с частой встречаемостью психических расстройств разной степени выраженности у пациентов с соматическими заболеваниями представляет интерес распространенность тревожных и депрессивных расстройств при первичном ОА (ПОА).

Цель исследования. Изучить распространенность тревожно-депрессивных расстройств у больных ПОА.

Материалы и методы. В исследование были включены 81 человек (27 мужчин и 54 женщины), страдающих ПОА, в возрасте $41,8 \pm 6,1$ лет. Диагностика ПОА проводилась с учетом диагностических критериев Ассоциации ревматологов России [3, 6]. Средняя продолжительность заболевания составила $4,3 \pm 3,9$ лет. Распределение больных с длительностью ПОА было таковым: менее 5 лет – 42 человека, более 5 лет – 39 пациентов. При оценке болевого синдрома в покое и при нагрузке у обследуемых по визуальной аналоговой шкале показатели составили от 20 мм до 50 мм, что

* Алексенко Елена Юрьевна – заведующая кафедрой поликлинической терапии, д.м.н., доцент, e-mail: e-alexe@mail.ru

может быть расценено как слабая и умеренная боль. 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%). Группу контроля составили 27 добровольцев, практически здоровых, в возрасте $41,9 \pm 6,8$, соотношение мужчин и женщин было 1 : 2. Сбор данных осуществлялся путем анализа амбулаторных карт и анкетирования, при этом всем респондентам давалась информация о целях проведения исследования и дальнейшем использовании его результатов.

Выявление психопатологических расстройств у пациентов проводилось с использованием психометрического теста – Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) [2, 7]. 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 – клинически значимые проявления. Результаты тестирования с высокой степенью вероятности указывали на наличие психопатологического состояния, не являясь клиническим диагнозом. Пациенты, которые, по данным HADS, имели выраженные нарушения, направлялись на более тщательное клиническое обследование психического статуса с привлечением психиатра. Больные с эндогенной депрессией из исследования исключались.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с применением пакета статистических программ Statistica 6.1 [12]. Для сравнения частот бинарного признака использовался критерий χ^2 , при сравнении малых частот вводилась поправка Йетса на непрерывность. Различия между анализируемыми группами считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Проведенное психометрическое тестирование определило высокий уровень тревожно-депрессивных расстройств среди пациентов. Только у 30,9% больных ПОА (25 человек) не выявлено субклинических и клинически значимых проявлений тревоги/депрессии. У 56 пациентов, страдающих ОА, зарегистрированы признаки тревожно-депрессивных расстройств разной степени выраженности. Установлены различия между больными ОА и группой контроля по клинически значимым тревожным расстройствам, по сумме субклинических и клинически значимых тревожных и депрессивных расстройств (табл. 1).

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 в 3,7 раза чаще зарегистрированы клинически значимые проявления депрессивных расстройств (27,7% против 7,4% при $p=0,49$). В отличие от результатов многих публикаций [12, 18, 19] в исследовании не удалось установить взаимо-

связи между частотой тревоги/депрессии и возрастом больных. Определена только тенденция к более высокому показателю диагностики данных расстройств у больных старше 50 лет.

Таблица 1

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

Расстройства	Больные ОА (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)	$p_{1-2}=0,007$

В группе больных с длительностью ОА более 5 лет расстройства тревожного характера субклинические и клинически значимые диагностированы у 57,1% пациентов, депрессивные – у 66,7% (табл. 2). Реже выявлялись психопатологические расстройства в группе больных с длительностью заболевания до 5 лет: тревога – у 46,6% обследуемых лиц, депрессия – у 51,3% пациентов.

Таблица 2

Распространенность тревожно-депрессивных расстройств у больных ОА в зависимости от длительности болезни

Расстройства	Длительность заболевания	
	до 5 лет, в % (n=42)	более 5 лет, в % (n=39)
Тревожные субклинические	26,8	40,4
Тревожные клинически значимые	18	16,7
Депрессивные субклинические	28,2	40,4
Депрессивные клинически значимые	23,1	26,3

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%, а при I стадии – у 36,6% случаев.

Расстройства депрессивного спектра соответственно в 64,7% - при II и III стадиях и 46,6% случаев у больных с I стадией заболевания [1].

Таким образом, выявлена высокая распространенность тревожно-депрессивных расстройств у больных ПОА по сравнению со здоровыми добровольцами. Среди женщин, страдающих ПОА, распространенность как тревожных, так и собственно депрессивных расстройств выше, чем среди мужчин. С увеличением длительности болезни и с прогрессированием суставных проявлений происходит нарастание частоты спектра тревожно-депрессивных расстройств.

Литература:

1. *Алексенко Е.Ю.* Тревожно-депрессивные расстройства у ольных первичным остеоартрозом. // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2014. – Т. 130. №7. – С. 70-72.
2. *Андрюшенко А. В., Дробижев А. В., Добровольский А. В.* Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS(d) в диагностике депрессий в общемедицинской практике. // Журнал неврологии и психиатрии. – 2003. – № 5. – С. 11-17.
3. *Арабидзе Г. Г., Желваков С.В.* Остеоартрозы. Часть I. // Терапевт. – 2010. – № 6. – С. 60-65.
4. *Балабина Н.М.* Проблема тревожных расстройств в практике участкового терапевта // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2010. – Т. 94. № 3. – С. 111-112.
5. *Зелтынь А. Е., Вельтищев Д. Ю., Фофанова Ю. С. и др.* Ревматоидный артрит и депрессия: патогенетическая роль стрессовых факторов. // Психические расстройства в общей медицине. – 2010. - №1. – С. 48-51.
6. Клинические рекомендации. Ревматология / Под ред. Е. Л. Насонова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С. 99-111.
7. *Можзаев М.В., Покриев С.Г.* Факторы риска депрессии у пациентов терапевтического стационара. // Психические расстройства в общей медицине. – 2010. – № 1. – С. 24-29.
8. *Новикова И.А., Сидоров П.И., Соловьев А.Г.* Основные факторы риска развития психосоматических заболеваний. // Терапевтический архив. – 2007. – № 1. – С. 61-64.
9. *Петрунько О.В.* Депрессивное расстройство с генерализованной тревогой // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). 2011. Т. 105. № 6. С. 88-91.
10. *Петрунько О.В.* Структура соматизированного расстройства с позиции интегративной оценки // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2004. – Т. 43. № 2. – С. 27-32.
11. *Погосова Г.В.* Депрессия — новый фактор риска ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти. // Кардиология. – 2002. – № 4. – С. 86-91.
12. *Погосова Г.В.* Современные подходы к лечению расстройств депрессивного спектра в общемедицинской практике: методическое пособие для врачей. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2007. – Прил. – 24 с.
13. *Попов А.А., Изможерова Н.В., Гаврилова Е.И. и др.* Влияние коморбидной депрессии на качество жизни женщин в климактерии, страдающих остеоартрозом коленных суставов. // Российский семейный врач. – 2008. – Т. 12, № 1. – С. 47-50.
14. *Радаева Е.В., Говорин А.В., Чистякова М.В.* Тревожно-депрессивные расстройства и качество жизни больных хроническими вирусными гепатитами // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2012. – Т. 109. № 2. – С. 63-65.
15. *Реброва О.Ю.* Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета

- прикладных программ STATISTICA. – М.: МедиаСфера, 2002. – 312 с.
16. *Смулевич А. Б., Дубницкая Э.Б.* Депрессии в общемедицинской сети. // Психические расстройства в общей медицине. – 2010. – №1. – С. 4-12.
 17. *Якушин С. С., Якушина Е.Ф.* Депрессивные расстройства в практике ревматолога. // Научно-практическая ревматология. – 2004. – № 1. – С. 55–59.
 18. *McIlvane J. M., Schiaffino K.M., Paget S.A.* Age differences in the pain-depression link for women with osteoarthritis: Functional impairment and personal control as mediators. // *Womens Health Issues.* – 2007. – Vol. 17. – P. 44–51.
 19. *Rosemann T., Backenstrass M., Joest K., et al.* Predictors of depression in a sample of 1021 primary care patients with osteoarthritis. // *Arthritis Rheum.* – 2007. – Vol. 57. – P. 415-422.
 20. *Rosemann T., Laux G., Szecsenyi J.* Osteoarthritis: quality of life, comorbidities, medication and health service utilization assessed in a large sample of primary care patients. // *J. Orth. Surg. Res.* – 2007. – Vol. 2. – P. 12.

АРТРИТЫ И СПОНДИЛИТЫ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОБРАЩЕНИИ К РЕВМАТОЛОГУ

*О.Г. Карлова**

Иркутский центр молекулярной диагностики

В ревматологической практике первичных пациентов (не обследованных), обратившихся с воспалительными процессами в суставах и позвоночнике, относят к группе недифференцированных артритов и спондилитов. После тщательного обследования (жалобы, анамнез, осмотр, анализы, рентгенография, ультразвуковая диагностика, при необходимости компьютерная и магниторезонансная томографии) пациенту устанавливается определенный диагноз.

На основании результатов выборочного исследования доноров крови (имевших и не имевших носительство HLA B27) подсчитано, что распространенность всех спондилоартропатий должна составлять 1,9%, анкилозирующий спондилоартрит – 0,9%, а недифференцированные спондилоартропатии – 0,7% [2, 6].

За период, с 2008 по 2012г., в Клинику Центра молекулярной диагностики г. Иркутска, обратились 463 пациента с моноартритами, олигоартритами, полиартритами и спондилоартритами.

Цель работы – проанализировать результаты дифференциальной диагностики первичных обращений к ревматологу при артритах и спондилитах.

Материалы и методы. Проанализировано 100 случаев недифференцированных артритов и спондилитов. Из 100 пациентов, мужчины составили 64% (64 чел.), женщины 36% (36 чел.).

* Карлова Ольга Германовна – врач-ревматолог, к.м.н., e-mail: kuzia381963@mail.ru