

ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ ЖЕНЩИН

Щёктова А.П.¹, Невзорова М.С.¹, Савченко О.В.², Высотин С.А.¹, Сайфитова А.Т.¹

¹ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России», Пермь, e-mail: nevzorov.al@yandex.ru;

²ФКУ «Главный военный клинический госпиталь внутренних войск Министерства внутренних дел Российской Федерации», Балашиха, e-mail: vitaox40@mail.ru

Оценка распространённости тревожно-депрессивных расстройств у женщин, больных остеоартрозом, является целью исследования. Во время диагностики пациенток учитывались диагностические критерии Ассоциации ревматологов России. Для обследования 136 женщин, средний возраст которых составил $50,50 \pm 0,59$ года, использовали психометрический тест «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» и опросник А.М. Вейна. Группа сравнения составила 28 практически здоровых женщин в возрасте $48,00 \pm 0,45$ года. У 84,5% больных были выявлены субклинические и клинические проявления тревожно-депрессивных расстройств. Установлено, что функциональная недостаточность суставов прямо коррелирует с выраженностью психоэмоциональной дисфункции. Отмечено, что у пациенток (20,6%) с менее выраженным болевым синдромом отсутствуют признаки депрессии. Балльная оценка вегетативных нарушений по опроснику А.М. Вейна подтверждает, что нарушения вегетативной нервной системы протекают параллельно психоэмоциональным. Количество баллов составило $52,35 \pm 12,39$, в группе контроля $24,64 \pm 15,32$ ($p < 0,048$). Скрининговый анализ исходного вегетативного тонуса у больных остеоартрозом показал преобладание парасимпатических влияний в 95,6%, что является одной из причин ухудшения общего самочувствия. Именно поэтому для успешной терапии остеоартроза необходима коррекция психоэмоционального статуса пациента в индивидуальной терапии.

Ключевые слова: остеоартроз, тревожно-депрессивные расстройства, психометрический тест.

ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDERS OF WOMEN WITH OSTEOARTHRISIS

Shchekotova A.P.¹, Nevzorova M.S.¹, Savchenko O.V.², Vysotin S.A.¹, Sayfitova A.T.¹

¹E.A. Wagner Perm State Medical University, Perm, e-mail: nevzorov.al@yandex.ru;

²Main military clinical hospital of internal troops of the Ministry of internal Affairs of the Russian Federation, Balashikha, e-mail: vitaox40@mail.ru

Assessment of prevalence of anxiety-depressive disorders of women with osteoarthritis is a research objective. During diagnostics of patients diagnostic criteria of Association of rheumatologists of Russia were considered. For inspection of 136 women whose average age was $50,50 \pm 0,59$ years used the psychometric test "Hospital Scale of Alarm and Depression" and A.M. Vane's questionnaire. The group of comparison made 28 almost healthy women aged – $48,00 \pm 0,45$ years. At 84,5% of patients manifestations of anxiety-depressive disorders were revealed subclinical and clinically. It is established that the functional failure of joints directly correlates with severity of psychoemotional dysfunction. It is noted that patients (20,6%) with less expressed pain syndrome have no symptoms of a depression. Mark assessment of vegetative violations according to the questionnaire A. M. Vane confirms that violations of the autonomic nervous system proceed parallel to psychoemotional. The number of points was $52,35 \pm 12,39$ in group of monitoring $24,64 \pm 15,32$ ($p < 0,048$). The screening analysis of an initial vegetative tone at patients with an osteoarthritis showed a dominance of parasympathetic influences in 95,6% that is one of the reasons of deterioration in overall health. For this reason correction of the psychoemotional status of the patient in individual therapy is necessary for successful therapy of an osteoarthritis.

Keywords: osteoarthritis, alarming-depressive disorders, psychometric test.

Остеоартроз (ОА) является группой заболеваний различной этиологии и сопровождается дегенеративно-дистрофическим процессом соединительной ткани, при котором все суставные поверхности подвергаются патологическим изменениям, при этом образуются краевые остеофиты, деформирующие сосуды. За рубежом используют термин «остеоартрит» ввиду огромного вклада воспалительного компонента в патогенез развития

заболевания. Данные дегенеративные и воспалительные изменения вызывают болевой синдром, который инициирует формирование психовегетативных нарушений. Установлено, что вне зависимости от того, первичными или вторичными были психоэмоциональные расстройства, они становятся обязательным компонентом патогенеза ОА, формируя порочный круг. Тревожные расстройства и депрессия в большинстве случаев дополняют друг друга, являясь взаимосвязанными состояниями. Именно поэтому депрессивные расстройства часто являются сопутствующим состоянием при ОА [1].

ОА является наиболее часто встречающейся патологией суставов и занимает 60-70% среди ревматических заболеваний. Клинические проявления ОА в обществе колеблются от 10 до 20%. Как сообщает ВОЗ, более 40% пожилых людей болеют ОА, ограничения функциональной подвижности различной интенсивности наблюдаются у 80% пациентов, а четверть больных не могут сохранить прежнюю активность повседневной деятельности. По данным официальной статистики, в 2011 году в России зарегистрировано 3 миллиона 700 тысяч больных ОА, при этом первичная заболеваемость ежегодно растет на 745 тысяч человек. Частота выявления ОА увеличивается с возрастом: у людей старше 60 лет он диагностируется в 97% случаев [2; 3].

В патогенезе развития ОА выделяют преобладание механических факторов над биологическими, в процессе которых нарушается баланс между деградацией и синтезом компонентов матрикса хондроцитами в хряще сустава. Другими факторами риска выступают профессиональный спорт, пожилой возраст, избыточная масса тела, травмы, профессиональные вредности. Вынужденное положение во время рабочего процесса в сочетании с повышенной физической нагрузкой локализует поражение суставов, на которые приходится максимальное напряжение [4].

Одним из главных факторов риска развития ОА является избыточная масса тела. Перегружая суставы нижних конечностей, лишняя масса тела вызывает в них дегенеративно-дистрофические процессы, что ведет к болевому синдрому и, как следствие, эмоциональной напряженности и тревожным расстройствам. Избыточная масса тела продуцирует огромное количество провоспалительных цитокинов (интерлейкин-1 β , интерлейкин-6, фактор некроза опухоли- α), которые инициирует воспалительный процесс в суставах. С аналогичной частотой встречаются и поражения мелких суставов, обусловленные работой в условиях физического перенапряжения. С увеличением возраста повышается встречаемость ОА, наиболее ранние изменения можно обнаружить на рентгенологических снимках уже после 20 лет, при этом частота встречаемости заболевания выше у женщин, чем у мужчин. Не менее важным фактором развития ОА является наследственная предрасположенность. Так, узелки Гебердена являются врожденной аутосомной чертой, встречающейся у женщин в 10 раз

чаще, чем у мужчин. Мутации в 12-й хромосоме гена, кодирующего проколлаген второго типа, вызывает деструкцию хрящей генерализованной формы и раннее развитие ОА в нескольких поколениях. Следовательно, при развитии ОА в молодом возрасте и концентрации болезни в отдельных семьях наибольший вклад в патогенез заболевания оказывает генетическая предрасположенность [5]. При развитии патологии в пожилом возрасте у женщин, работающих на тяжелом производстве, превалирующими факторами патогенеза являются физическая нагрузка и производственные вредности.

Повышенное физическое перенапряжение, являющиеся причиной возникновения ОА, также вызывает появление дополнительных стрессогенных факторов. К таким факторам относятся ограничение социальной и физической активности, частый прием лекарственных препаратов с целью обезболивания, возникновение постоянного чувства неуверенности и напряженности. Наибольшее значение имеет появление боли, что является специфичным для ОА. Ноцицептивный механизм развития болевого синдрома является основным, хотя у пациентов может наблюдаться и боль нейропатического характера. Наличие болевого синдрома усугубляет депрессию, в то время как депрессия влияет на само восприятие боли, что формирует порочный круг [6-8]. Большинство пациентов с признаками депрессии никогда не обращаются к психиатрам и продолжают наблюдаться у терапевтов или ревматологов. У больных с тревожной и тревожно-депрессивной симптоматикой значительно снижено стремление к лечению и соблюдению рекомендаций врача. Следует обратить внимание, что психоэмоциональное расстройство сильно ухудшает клиническое течение болезни. Такие больные предъявляют большее количество соматических жалоб, имеют отрицательный функциональный статус и сниженное качество жизни, они меньше удовлетворены результатами своего лечения [3]. Всё выше перечисленное актуализирует изучение распространения и оценки степени тяжести психоэмоциональной дисфункции у больных ОА.

Цель исследования: оценить распространённость тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с диагнозом остеоартроз.

Материалы и методы

Обследование пациентов проводилось на базе Федерального казенного учреждения «Главный военный клинический госпиталь внутренних войск Министерства внутренних дел Российской Федерации» (г. Балашиха, Московская область).

Исследование проводилось с учетом Хельсинкской декларации; Конвенции Совета Европы «О правах человека и биомедицине» (1996); Национального стандарта РФ «Надлежащая клиническая практика» (ГОСТ Р 52379-2005).

В исследовании участвовало 136 женщин, страдающих ОА. Во время диагностики

учитывались критерии Ассоциации ревматологов России [9]. Средний возраст пациенток на момент исследования составил $50,50 \pm 0,59$ года. Группу сравнения составили 28 практически здоровых женщин в возрасте $48,00 \pm 0,45$ года. Сбор данных осуществлялся методом анкетирования и анализа амбулаторных карт, вместе с тем респонденткам была предоставлена информация о целях проведения исследования и дальнейшем использовании его результатов. Для выявления психопатологических расстройств у исследуемых больных проводилось тестирование с помощью психометрического теста – «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) (1983). Для выявления признаков вегетативных изменений использовался опросник А.М. Вейна (1998) [10].

В каждой шкале и каждой из подшкал подсчитывалась сумма баллов для определения психопатологического состояния больных. Суммарный балл по каждой из подшкал от 7 до 9 баллов означал субклинические проявления тревоги или депрессии, 10 и более баллов – клинически значимые проявления. Данные результата тестирования не являются клиническим диагнозом, а только лишь указывают на наличие психопатологического состояния, с высокой степенью риска.

Полученные данные подверглись статистической обработке с помощью пакета статистических программ Statistica 7.0. Различия между анализируемыми группами считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

В данном исследовании был определен высокий уровень тревожно-депрессивных расстройств у больных ОА. Субклинически и клинически значимых проявлений тревоги не выявлено только у 10,3% пациентов. У 20,6% больных ОА не выявлено субклинически и клинически значимых проявлений депрессии. При этом субклинически и клинически значимых проявлений тревоги и депрессии выявлено у 89,7% и 79,4% соответственно. Установлены значимые различия между больными ОА и группой сравнения по клинически значимым тревожным расстройствам, по сумме субклинических и клинически значимых тревожных и депрессивных расстройств (табл. 1).

Таблица 1

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

Расстройства	Контрольная группа (n=28)		Больные ОА (n=136)	
	Абс.	%	Абс.	%
Тревожные:				
7-9 баллов	4	14,2	36	26,5
10 и более баллов	4	14,2	86	63,2

Всего:	8	28,4	122	89,7
Депрессивные:				
7-9 баллов	2	7,1	54	39,7
10 и более баллов	2	7,1	54	39,7
Всего:	4	14,2	108	79,4

Мы можем сделать вывод о том, что у 84,5% женщин, болеющих ОА, обнаружены признаки тревожно-депрессивных расстройств разной степени выраженности и проявляются у каждой пациентки по-разному. Выявлена высокая распространенность тревожно-депрессивных расстройств у больных ОА по сравнению с группой сравнения. Высокий уровень тревожности, субклинически выраженной депрессии определяет устойчивую склонность пациенток воспринимать большое количество ситуаций как угрожающие и реагировать на них острым состоянием тревоги, стрессом, высокой психической реактивностью на соматическую патологию [3; 8]. Отмечено, что у тех пациенток, у которых нет признаков депрессии (20,6%), болевой синдром менее выражен.

Также было выявлено влияние функциональной недостаточности суставов (ФНС) на выраженность психоэмоциональной дисфункции (табл. 2).

Таблица 2

Взаимосвязь функциональной недостаточности суставов и параметров психовегетативного статуса у больных ОА (n=136)

Параметр	ФНС (степень)
Тревожность (балл)	$r = 0,910^*$
Депрессия (балл)	$r = 0,870^*$
Вегетативный тонус (балл)	$r = 0,969^*$

Примечания: r – показатель ранговой корреляции Спирмена,
* – корреляции достоверны.

Полученные данные указывают на прямую, сильную связь между ФНС и психоэмоциональной дисфункцией пациенток. С повышением ФНС усиливается болевой синдром, который в свою очередь ухудшает психологическое и эмоциональное состояние больных. Следовательно, чем продолжительнее заболевание и выше ФНС, тем сильнее выраженность психоэмоциональной дисфункции у пациентов. Полученные данные свидетельствуют о необходимости своевременной профилактики и диагностики ОА для замедления течения заболевания и уменьшения его отрицательного воздействия на психоэмоциональное состояние человека.

Вегетативный тонус изучен на основании опросника А.М. Вейна для возможной коррекции терапии. Нарушение тонуса вегетативной нервной системы (ВНС) отмечено у

всех пациенток, больных ОА, и у 71,5% женщин группы сравнения. Результаты исследования указывают на то, что приспособительные возможности находятся в состоянии дисфункции. Вегетативные нарушения протекают параллельно психоэмоциональным. Данная позиция подтверждается балльной оценкой вегетативных нарушений по опроснику А.М. Вейна, количество баллов составило $52,35 \pm 12,39$ в группе пациентов, в группе сравнения $24,64 \pm 15,32$ ($p < 0,048$). При балльной оценке имеются достоверные отличия группы женщин с ОА от группы сравнения. Полученные данные свидетельствуют о вкладе психовегетативных нарушений в патогенез ОА [11-13].

В лечении ОА необходимо использование комплексного подхода, включающего немедикаментозные и медикаментозные лекарственные средства [8; 14]. Следует учитывать тот факт, что необходима коррекция эмоционального и психического статуса больного. При скрининговом анализе исходного вегетативного тонуса (ИВТ) у больных ОА было выявлено, что преобладают пациенты с парасимпатическим влиянием в 95,6%. Симпатическая направленность ИВТ установлена у 4,4% женщин. Эйтония не отмечена ни у кого из исследуемых пациенток. В то время как у группы контроля эйтония преобладает над отклонениями и составляет 71,4%. Процентные соотношения влияния отделов ВНС отличались от группы сравнения (табл. 3).

Таблица 3

Состояние исходного вегетативного тонуса у больных ОА и в группе сравнения

Параметр	Контрольная группа (n=28)		Больные ОА (n=136)	
	Абс.	%	Абс.	%
Парасимпатическая направленность	6	21,4	130	95,6
Симпатическая направленность	2	7,2	6	4,4
Эйтония	20	71,4	-	-

У 56% больных ОА регистрировался достоверный сдвиг ИВТ, у всех с преобладанием влияний парасимпатической нервной системы. Наличие достоверного сдвига ИВТ у пациенток является одной из причин ухудшения общего самочувствия.

Выводы

Полученные данные позволили установить высокую распространенность тревожно-депрессивных расстройств у больных остеоартрозом по сравнению с группой сравнения. Реакции тревоги и стресса характерны при восприятии большинства ситуаций, что определяется высоким уровнем тревожности и субклинически выраженной депрессией. Впервые установлено, что уровень психоэмоциональной дисфункции прямолинейно зависит

от степени функциональной недостаточности суставов. Нарушение вегетативного тонуса и его парасимпатическая направленность указывают на снижение адаптационных возможностей пациенток, болеющих остеоартрозом. Полученные данные свидетельствуют о необходимости применения психокорректирующей терапии на фоне основного лечения. Коррекция психоэмоционального статуса должна осуществляться врачом – специалистом соответствующего профиля.

Список литературы

1. Алексеенко Е.Ю. Тревожно-депрессивные расстройства у больных первичным остеоартрозом // Сибирский медицинский журнал. - 2014. - Т. 130. - № 7. - С. 70-72.
2. Балабанова Р.М. Остеоартроз или остеоартрит? Современное представление о болезни и её лечении // Современная ревматология. - 2013. - № 3. - С. 67-70.
3. Филимонова О.Г., Симонова О.В., Чупраков П.Г. Психоэмоциональные нарушения и особенности вегетативной регуляции у больных ревматическими заболеваниями // Вятский медицинский вестник. - 2010. - № 3. - С. 51-57.
4. Вакуленко О.Ю., Жилиев Е.В. Остеоартроз: современные подходы к лечению // РМЖ. Ревматология. - 2016. - № 22. - С. 1494-1498.
5. Бадочкин В.В. Остеоартроз: современное состояние проблемы и тактика лечения // РМЖ. Ревматология. - 2012. - № 7. - С. 376-380.
6. Гуменюк Л.Н., Кабатова И.Н. Особенности психоэмоционального состояния больных ювенильным ревматоидным артритом // Дневник Казанской медицинской школы. - 2017. - № 2 (16). - С. 62-65.
7. Филимонова О.Г., Чичерина Е.Н., Бетехина С.Н. Психоэмоциональные нарушения у больных остеоартрозом // Евразийское научное объединение. - 2017. - Т. 2. - № 10 (32). - С. 94-97.
8. Цыган А.В., Рудой И.С., Баурова Н.Н., Цыган Е.Н. Эмоциональные особенности и психические расстройства у больных с ревматическими заболеваниями // Вестник психотерапии. - 2014. - № 50 (55). - С. 77-103.
9. Александрова Е.Н., Новиков А.А., Насонов Е.А. Лабораторная диагностика ревматических заболеваний // Лабораторная служба. - 2015. – Т. 4. - № 2. - С. 44-58. DOI: 10.17116/labs20154144-58.
10. Бут-Гусим В.В. Использование шкалы HADS для медико-психологической экспертизы // Здоровоохранение. – 2013. – № 7. – С. 77-80.
11. Малютина Н.Н., Тараненко Л.А., Невзорова М.С., Лузина С.В. Клинико-

патогенетические параллели параметров адаптационного потенциала, эндотелиального и воспалительного звеньев патогенеза остеоартроза у женщин физического труда // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 4. – URL: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=21299> (дата обращения: 20.08.2018).

12. Мельшкова Ю.С., Макарова Т.П. Эндотелиальная дисфункция как центральное звено патогенеза хронических болезней // Казанский медицинский журнал. - 2015. - Т. 96. - № 4. - С. 659-665.

13. Попова Л.А., Ваизова О.Е. Современные представления о сосудистом эндотелии с позиции общей теории систем // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 2. – С. 328-332.

14. Грехов Р.А., Александров А.В., Алехина И.Ю. и др. Влияние структурно-резонансной электромагнитной терапии на нормализацию психоэмоционального статуса больных остеоартрозом // Научно-практическая ревматология. - 2008. - № 5. - С. 76-80.