

**ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ ТРИВОГИ, ДЕПРЕСІЇ ТА БЕЗНАДІЙНОСТІ У ХВОРИХ
НА АСЕПТИЧНИЙ НЕКРОЗ ГОЛОВКИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ
НА ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНОМУ ЕТАПІ**

Дніпровський державний медичний університет (м. Дніпро, Україна)

shornikov@ukr.net

Непсихотичні психічні розлади (НПР) у пацієнтів з асептичним некрозом головки стегнової кістки (АНГСК) можуть призводити до більш вираженого больового синдрому в післяопераційному періоді, зниження суб'єктивного визнання результатів лікування та до зниження якості життя пов'язаного зі здоров'ям. Метою роботи було дослідження рівнів тривоги, депресії та безнадійності у пацієнтів з АНГСК на передопераційному етапі і визначити їх зв'язок із НПР. Обстежено 137 осіб (45 чоловіків та 92 жінки) з АНГСК з різними синдромальними варіантами НПР віком 27-77 років. Усі пацієнти залежно від тривалості АНГСК були розподілені на 2 групи за тривалістю захворювання. Після проведення клініко-психопатологічного дослідження для оцінки окремих психічних симптомів використовували шкалу тривоги Бека (BAI), шкалу депресії Бека (BDI-II) та шкалу безнадійності Бека (BHS). За результатами BDI-II 17 осіб (12,4%) не мали депресії, у 26 (19,0%) осіб виявлена легка, у 48 осіб (35,0%) – помірна та у 46 (33,6%) пацієнтів – важка депресія. Аналіз результатів достовірні відмінності рівня показників BDI-II у бік збільшення проявів депресії про збільшенні тривалості АНГСК більше 5 років. За результати BAI легку тривогу виявлено у 65 пацієнтів (47,5%), помірну – у 51 пацієнта (37,2%), важку – у 21 особи (15,3%). Рівень тривоги збільшується у пацієнтів лише з провідними тривожними синдромами при зростанні тривалості АНГСК. Безнадійність (за BHS) була відсутня у 85 обстежених (62,0%) та була наявна у 52 осіб (38,0%). Таким чином, з метою покращення якості життя пов'язаної зі здоров'ям необхідно організувати вплив на психічний стан пацієнтів з АНГСК в передопераційному періоді.

Ключові слова: аваскулярний некроз, непсихотичні психічні розлади, невротичні розлади, депресія, тривога.

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Стаття є фрагментом НДР кафедри психіатрії, наркології і медичної психології «Оптимізація надання психіатричної допомоги та психосоціальної реабілітації хворим на психосоматичні та соматопсихічні розлади відповідно до сучасних умов», № держреєстрації 0117U005270.

Вступ. Роль хронічного болю, що є поширеним симптомом при ураженні великих суглобів, і який через психосоматичні механізми може призводити до виникнення у хворих змін в емоційній сфері, зокрема до виникнення тривоги та/чи зниженого настрою, стає все більш очевидною. За даними ВООЗ 12-місячна поширеність будь-якого тривожного розладу в Україні складає 6,8%, а депресії (окрім біполярної) – 9,0% [1]. Поширеність депресивних роз-

ладів при ураженні великих суглобів складає від 6,3 до 31,25 відсотків [2-5]. Важливим предиктором тривоги та/чи депресії у осіб, які потребують ендопротезування кульшового суглобу, є передопераційний біль та суб'єктивно погане функціонування суглобу, що більш виражено в молодому віці [6]. При цьому наявність тривоги та депресії в передопераційному періоді погіршує суб'єктивне сприйняття болю в післяопераційному періоді [7]. Встановлено, що передопераційна оцінка та корекція психологічного стану пацієнтів, які потребують хірургічного втручання на кульшовому суглобі, покращує їхній психічний стан у післяопераційному періоді та, навіть, призводить до зменшення інтенсивності больового синдрому [8]. З іншого боку, пацієнти з тривогою, депресією чи їх поєднанням, яким було проведено хірургічне втручання на суглобах, мали більш високі витрати на стаціонарне лікування [9], зокрема і через необхідність додаткових витрат на знеболення.

Згідно з даними систематичного огляду поширеність асептичного некрозу головки стегнової кістки (АНГСК) складає 32,4% серед осіб молодших за 55 років, які потребують ендопротезування кульшового суглобу [10].

За даними Hampton та співавт. поширеність тривоги і депресії у осіб з АНГСК складає 43,8% та 6,3% відповідно [2]. Відповідно до даних Chen та співавт. у китайській популяції молодого і середнього віку з АНГСК тривога зустрічається у 20,4% а депресія – у 21,8% пацієнтів [11]. Рівень тривоги та депресії при патології кульшового суглобу слабко та помірно негативно корелює з рівнем функціональності суглоба. Так за даними Gudmundsson та співавт. коефіцієнти кореляції Спірмена склали: для депресії $r_s = -0,363$ ($p < 0,0001$) та для тривоги $r_s = -0,264$ ($p = 0,0002$) [12]. За даними He та співавт. депресія у пацієнтів молодше 60 років з переломами шийки стегнової кістки може збільшити післяопераційний ризик АНГСК головки стегнової кістки [13].

Наявність патології кульшового суглобу з вираженим больовим синдромом, особливо в молодому віці, має впливати на більш раннє виникнення психічних реакцій у хворих, але в роботі Okraga та співавт. виявлено, що тривога та депресія не пов'язані з віком початку патології кульшового суглоба [14].

Стосовно остеоартриту вже встановлено, що між його початком та психічному факторами, зокрема тривогою та депресією, больовим синдромом, існує взаємозв'язок [15]. Проте для АНГСК наявність таких зв'язків дотепер не доведена.

Тривога і депресія пов'язані з болем та фізичними обмеженнями – ключовими симптомами АНГСК. В огляді Sharma та співавт. показали, що тривога і депресія можуть значно погіршувати якість життя

пацієнтів, змінюючи сприйняття болю та функціональних можливостей [16]. В своєму дослідженні Duivenvoorden та співавт. повідомили, що поширеність симптомів тривоги значно знизилася з 27,9% до 10,8% через 12 місяців після операції ендопротезування кульшового суглобу [17]. Але такий підхід потребує корекції, оскільки показання до тотальної артропластики є різноманітними, і недоречно поєднувати в одну групу пацієнтів з остеоартрозом, АНГСК, хворобою Пертеса тощо. Вчасне виявлення пацієнтів з тривогою та депресією та призначення їм лікування може призводити до покращення суб'єктивно сприймаємих результатів лікування [18]. Таким чином залишається невирішеним питанням поширеності тривоги та депресії у хворих на АНГСК на передопераційному етапі.

Мета дослідження. Дослідити рівень тривоги та депресії у пацієнтів з АНГСК на передопераційному етапі і визначити їх роль у формуванні несприятливих психічних розладів.

Об'єкт і методи дослідження. Дослідження проводилося на базі КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І.Мечникова» ДОР» протягом 2015-2019 рр. Комісія з питань біомедициної етики Державного закладу «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України» встановила, що дослідження було науково обґрунтованим, безпечним і гуманним, та відповідало принципам Гельсінської декларації, конвенції Ради Європи про права людини і біомедицину та положенням відповідних законів України. Під спостереженням перебувало 137 осіб з АНГСК які мали психічні розлади несприятливого реєстру, та які надали особисту письмову інформовану згоду на участь у дослідженні. У хворих на АНГСК збирали анамнестичні дані, проводили структуроване інтерв'ю, під час якого здійснювалося вивчення скарг, ретельно спостерігали за поведінкою хворих. Оцінку скарг проводили для виявлення психопатологічних порушень стосовно різних психічних сфер. Оцінку депресії проводили за допомогою шкали депресії Бека (BDI-II) [19], вираженість тривоги також оцінювали за допомогою шкали тривоги Бека (BAI) [20]. Також проводилася оцінка негативного ставлення або песимізму до майбутнього за шкалою безнадійності Бека (BHS) [21].

Обробка даних проводилася з використанням програмного продукту STATISTICA 6.1 (StatSoftInc., серійний № AGAR909E415822FA). Оскільки більшість отриманих даних мали асиметричний розподіл за критерієм Шапіро-Уїлка, для опису використовували медіану (Me), інтерквартильний розмах 25%-75%. Оцінка статистичної значущості відмінностей середніх тенденцій проводилася за критерієм Манна-Уїтні. Критичне значення рівня статистичної значущості для всіх видів аналізу приймалося на рівні $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення. Вибірку склали 45 чоловіків (32,8%) та 92 жінки (67,2%). Вік обстежених складав 54 (45;60) роки (розмах 27-77 років). Відповідно до мети дослідження обстежених хворих було розділено на 2 групи за тривалістю АНГСК: ОГ1 – з тривалістю до 5 років, та ОГ2 з тривалістю більше 5 років.

У таблиці 1 представлені базові характеристики учасників дослідження.

Таблиця 1 – Характеристики учасників дослідження

Показники	Пацієнти з АНГСК (кількість хворих – 137)	
	n	%
Стать:		
Чоловіки	92	67,2
Жінки	45	32,4
Вік (Mean±SD):	52.0±11.3	
- Me (Q1;Q3)	54 (45;60)	
Соціальний статус		
- працюючий	48	35,0
- непрацюючий	89	65,0
Тип праці		
Розумова праця	58	42,33
Фізична праця	79	57,67
Депресія (за BDI-II)		
відсутня	17	12,40
легка	26	18,98
помірна	48	35,04
важка	46	33,58
Тривога (за BAI)		
легка	65	47,45
помірна	51	37,23
важка	21	15,32
Безнадійність (за BHS)		
відсутня	85	62,04
наявна	52	37,96
Тривалість АНГСК:		
До 5 років	55	40,1
Більше 5 років	82	59,9

Виходячи з даних клініко-психопатологічного дослідження ми виділили наступні синдромальні варіанти несприятливих психічних розладів (НПР): тривожно-фобічний 16,1% (22/137), тривожно-депресивний 15,3% (21/137), депресивно-іпохондричний 18,2% (25/137), астено-депресивний 35,8% (49/137) та астено-апатичний синдроми 14,6% (20/137). Поширеність синдромальних варіантів НПР залежно від тривалості клінічних проявів АНГСК (на передопераційному етапі) наведено на **рисунку**.

Аналіз результатів дослідження депресії у пацієнтів з АНГСК виявив достовірні відмінності рівня показників BDI-II у бік збільшення проявів депресії про

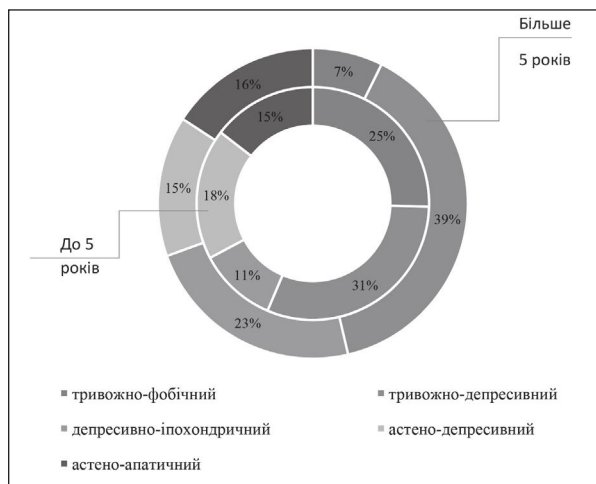


Рисунок – Поширеність провідних синдромів НПР залежно від тривалості АНГСК.

Таблиця 2 – Рівень депресії, залежно від провідного синдрому НПР

Синдром	Варіант	Рівень депресії		p*
		ОГ1 (n=55)	ОГ2 (n=82)	
тривожний	фобічний	14,5 (9;25)	26(24;35)	0,026
	депресивний	20(15;26)	31,5(19;39)	0,003
депресивний	іпохондричний	23,5(21;28)	36(24;44)	0,043
астенічний	депресивний	24(24;27)	35(25;43,5)	0,030
	апатичний	8 (6;14)	18 (15;35)	0,010

Примітка: * рівень p за критерієм Манна-Уїтні Тут і далі дані наведені у форматі Me (Q1;Q3)

Таблиця 3 – Ступінь важкості депресії, залежно від тривалості АНГСК

Рівень депресії	Разом (n=137)	ОГ1 (n=55)	ОГ2 (n=82)	p*
відсутня	17	14 (25,5%)	3 (3,7%)	0,279
легка	26	12 (21,8%)	14 (17,1%)	0,002
помірна	48	25 (45,5%)	23 (28,0%)	0,854
важка	46	4 (7,2%)	42 (51,2%)	0,374

Примітка: * рівень p за критерієм Манна-Уїтні

Таблиця 4 – Рівень тривоги, залежно від провідного синдрому НПР

Синдром	Варіант	Рівень тривоги		p*
		ОГ1 (n=55)	ОГ2 (n=82)	
тривожний	фобічний	31 (22;33)	39,5 (35;52)	0,026
	депресивний	26 (20;31)	34 (26;35,5)	0,014
депресивний	іпохондричний	16,5 (12;20)	22 (17;32)	0,080
астенічний	депресивний	17 (17;19)	15 (10,5;17)	0,069
	апатичний	13 (10,5;20,5)	17 (14;36)	0,104

Примітка: * рівень p за критерієм Манна-Уїтні

Таблиця 5 – Рівень безнадійності, залежно від провідного синдрому НПР

Синдром	Варіант	Рівень безнадійності		p*
		ОГ1 (n=55)	ОГ2 (n=82)	
тривожний	фобічний	12 (4;15)	14 (10;17)	0,207
	депресивний	6 (4;10)	15 (5;17)	0,024
депресивний	іпохондричний	4,5 (3;6)	5 (2;14)	0,877
астенічний	депресивний	3 (2;4)	4,5 (3;9)	0,283
	апатичний	4,5 (3,5;5,5)	7 (5;15)	0,030

Примітка: * рівень p за критерієм Манна-Уїтні

збільшенні тривалості АНГСК більше 5 років (табл. 2). Проте аналізуючи розподіл ступеню вираженості депресивних розладів відповідно до шкали BDI-II достовірною відмінністю виявлена лише для легкої депресії (балів за BDI-II) залежно від тривалості захворювання (табл. 3). Для інших рівнів депресії достовірних відмінностей не було виявлено.

Література

- Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, et al. The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Epidemiol Psychiatr Soc [Internet]*. 2009 [cited 2021 Jul 30];18(1):23-33. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3039289/>.
- Hampton SN, Nakonezny PA, Richard HM, Wells JE. Pain catastrophizing, anxiety, and depression in hip pathology. *Bone Joint J*. 2019 Jul;101(7):800-7.
- Tsuji T, Nakata K, Vietri J, Jaffe DH. The added burden of depression in patients with osteoarthritis in Japan. *Clinicoecon Outcomes Res [Internet]*. 2019 Jun 20 [cited 2021 Jul 30];11:411-21. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6590842/>.
- Abramkin AA, Lisitsyna TA, Veltishchev DY, Seravina OF, Kovalevskaya OB, Glukhova SI, et al. Depression and severity of articular destruction in patients with rheumatoid arthritis. *Ter Arkh*. 2020 Jun 5;92(5):22-32.

Аналіз результатів дослідження тривоги у пацієнтів з АНГСК виявив достовірні відмінності рівня показників ВАІ лише у пацієнтів з провідним тривожно-фобічним чи тривожно-депресивним синдромом (табл. 4). Встановлено, що зі зростанням тривалості АНГСК збільшується рівень тривоги у пацієнтів з тривожними розладами. Таким чином тривога «хронізується», що в підсумку може негативно впливати як на задоволеність наданням медичної допомоги, так і на якість життя, пов'язану зі здоров'ям.

Безнадійність, яка оцінюється за допомогою шкалою BHS, відображає сприйняття майбутнього, що є важливим на передопераційному етапі лікування АНГСК, коли передбачається ендопротезування кульшового суглобу. Аналізуючи отримані результати (табл. 5) слід зазначити, що помірний і важкий рівень безнадійності спостерігався у пацієнтів з провідним тривожно-фобічним синдромом. Для таких пацієнтів тривога спрямована в суб'єктивне майбутнє і займає майже весь його обсяг, а страх за невдачу після оперативного втручання зберігає безнадійність на значному рівні, незалежно від тривалості захворювання. Значний рівень безнадійності опосередковано свідчить про підвищений суїцидальний ризик. Інша динаміка рівня безнадійності спостерігається при провідному тривожно-депресивному синдромі. Зі збільшенням тривалості захворювання достовірно зростає показник безнадійності до помірного чи важкого рівня. На початкових етапах АНГСК у пацієнтів з тривожно-депресивними розладами ще зберігається помірний рівень безнадійності, але з «хронізацією» тривоги та, особливо, депресії, пацієнти втрачають змогу вбачати позитивні зміни у власному стані. Також достовірна відмінність у показниках безнадійності при зростанні тривалості захворювання зафіксована у пацієнтів з провідним астено-апатичним синдромом (p=0,030), проте рівень залишається низьким, з тенденцією до помірного.

Висновки. На підставі проведеного дослідження тривоги, депресії та безнадійності у пацієнтів з АНГСК на передопераційному етапі виявлені певні синдромальні відмінності цих показників. В результаті проведеного дослідження сформувано підстави щодо персоналізованого комплексного підходу до лікування хворих з АНГСК.

Перспективи подальших досліджень полягають у подальшому вдосконаленні надання медичної допомоги хворим на АНГСК зі супутніми НПР, з метою покращення якості життя у довготривалій перспективі.

5. Zheng S, Tu L, Cicuttini F, Zhu Z, Han W, Antony B, et al. Depression in patients with knee osteoarthritis: risk factors and associations with joint symptoms. *BMC Musculoskelet Disord* [Internet]. 2021 Jan 7 [cited 2021 Jul 29];22:40. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7791830/>.
6. Wood TJ, Thornley P, Petruccioli D, Kabali C, Winemaker M, de Beer J. Preoperative Predictors of Pain Catastrophizing, Anxiety, and Depression in Patients Undergoing Total Joint Arthroplasty. *J Arthroplasty*. 2016 Dec;31(12):2750-6.
7. Wood TJ, Gazendam AM, Kabali CB, Hamilton Arthroplasty Group. Postoperative Outcomes Following Total Hip and Knee Arthroplasty in Patients with Pain Catastrophizing, Anxiety, or Depression. *J Arthroplasty*. 2021 Jun;36(6):1908-14.
8. Richard HM, Cerza SP, De La Rocha A, Podeszwa DA. Preoperative mental health status is a significant predictor of postoperative outcomes in adolescents treated with hip preservation surgery. *J Child Orthop*. 2020 Aug 1;14(4):259-65.
9. Stundner O, Kirksey M, Chiu YL, Mazumdar M, Poultsides L, Gerner P, et al. Demographics and perioperative outcome in patients with depression and anxiety undergoing total joint arthroplasty: a population-based study. *Psychosomatics*. 2013 Apr;54(2):149-57.
10. Mei XY, Gong YJ, Safir O, Gross A, Kuzyk P. Long-term outcomes of total hip arthroplasty in patients younger than 55 years: a systematic review of the contemporary literature. *Can J Surg*. 2019 Aug 1;62(4):249-58.
11. Chen SB, Hu H, Gao YS, He HY, Jin DX, Zhang CQ. Prevalence of clinical anxiety, clinical depression and associated risk factors in Chinese young and middle-aged patients with osteonecrosis of the femoral head. *PLoS One*. 2015;10(3):e0120234.
12. Gudmundsson P, Nakonezny PA, Lin J, Owthonda R, Richard H, Wells J. Functional improvement in hip pathology is related to improvement in anxiety, depression, and pain catastrophizing: an intricate link between physical and mental well-being. *BMC Musculoskelet Disord*. 2021 Feb 3;22(1):133.
13. He D, Xue Y, Li Z, Tang Y, Ding H, Yang Z, et al. Effect of depression on femoral head avascular necrosis from femoral neck fracture in patients younger than 60 years. *Orthopedics*. 2014 Mar;37(3):244-251.
14. Okpara S, Nakonezny P, Wells J. Do psychological factors or radiographic severity play a role in the age of onset in symptomatic developmental dysplasia of hip and femoroacetabular impingement syndrome? *BMC Musculoskelet Disord* [Internet]. 2019 Sep 5 [cited 2021 Jul 30];20:412. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6728945/>.
15. Alabajos-Cea A, Herrero-Manley L, Suso-Martí L, Alonso-Pérez-Barquero J, Viosca-Herrero E. Are Psychosocial Factors Determinant in the Pain and Social Participation of Patients with Early Knee Osteoarthritis? A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Apr 26;18(9):4575.
16. Sharma A, Kudesia P, Shi Q, Gandhi R. Anxiety and depression in patients with osteoarthritis: impact and management challenges. *Open Access Rheumatol* [Internet]. 2016 Oct 31 [cited 2021 Aug 2];8:103-13. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5098683/>.
17. Duijvenvoorden T, Vissers MM, Verhaar JAN, Busschbach JJV, Gosens T, Bloem RM, et al. Anxiety and depressive symptoms before and after total hip and knee arthroplasty: a prospective multicentre study. *Osteoarthritis and Cartilage* [Internet]. 2013 Dec [cited 2021 Aug 2];21(12):1834-40. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1063458413009400>.
18. Greene ME, Rolfson O, Gordon M, Annerbrink K, Malchau H, Garellick G. Is the use of antidepressants associated with patient-reported outcomes following total hip replacement surgery? *Acta Orthop*. 2016 Oct;87(5):444-51.
19. Beck AT, Steer RA, Brown GK. BDI-II, Beck depression inventory: manual. 2nd ed. San Antonio, Tex.: Boston: Psychological Corp.; Harcourt Brace; 1996. 38 p.
20. Beck AT, Steer RA, Ball R, Ciervo CA, Kabat M. Use of the Beck Anxiety and Depression Inventories for Primary Care with Medical Outpatients. *Assessment* [Internet]. 1997 Sep 1 [cited 2021 Feb 22];4(3):211-9. Available from: <https://doi.org/10.1177/107319119700400301>.
21. Beck A, Steer R. Beck Hopelessness Scale. London: Harcourt; 1988. 29 p.

ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ ТРИВОГИ, ДЕПРЕСІЇ ТА БЕЗНАДІЙНОСТІ У ХВОРИХ НА АСЕПТИЧНИЙ НЕКРОЗ ГОЛОВКИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ НА ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНОМУ ЕТАПІ

Шорніков А. В.

Резюме. *Вступ.* Наявність неспсихотичних психічних розладів (НПР) у пацієнтів з патологією кульшових суглобів, зокрема з асептичним некрозом головки стегнової кістки (АНГСК), які потребують ендопротезування, призводить до погіршення стану пацієнтів за рахунок більш вираженого больового синдрому в післяопераційному періоді, до зниження суб'єктивного визнання результатів лікування та, у підсумку, до зниження якості життя пов'язаного зі здоров'ям.

Мета. Дослідити рівень тривоги та депресії у пацієнтів з АНГСК на передопераційному етапі і визначити їх зв'язок із НПР.

Об'єкт і методи дослідження. Обстежено 137 осіб (45 чоловіків та 92 жінки) з АНГСК з різними синдромальними варіантами НПР віком від 27 до 77 років. Усі пацієнти залежно від тривалості АНГСК були розподілені на 2 групи: першу групу становили 55 осіб з тривалістю до 5 років, другу групу склали 82 особи з тривалістю більше 5 років. Після проведення клініко-психопатологічного дослідження для оцінки окремих психічних симптомів використовували шкалу тривоги Бека (BAI), шкалу депресії Бека (BDI-II) та шкалу безнадійності Бека (BHS).

Результати. За результатами BDI-II 17 осіб (12,4%) не мали депресії, у 26 (19,0%) осіб виявлена легка, у 48 осіб (35,0%) – помірна та у 46 (33,6%) пацієнтів – важка депресія. Аналіз результатів достовірні відмінності рівня показників BDI-II у бік збільшення проявів депресії про збільшенні тривалості АНГСК більше 5 років. За результати BAI легку тривогу виявлено у 65 пацієнтів (47,5%), помірну – у 51 пацієнта (37,2%), важку – у 21 особи (15,3%). При аналізі з'ясовано, що рівень тривоги збільшується у пацієнтів лише з провідними тривожними синдромами при зростанні тривалості АНГСК. Безнадійність (за BHS) була відсутня у 85 обстежених (62,0%) та була наявна у 52 осіб (38,0%).

Висновки. Оцінка психічного стану пацієнтів з АНГСК в передопераційному періоді з визначенням рівнів тривоги та депресії дозволить оптимізувати надання допомоги таким пацієнтам, в підсумку покращить якість життя, пов'язану зі здоров'ям.

Ключові слова: аваскулярний некроз, неспсихотичні психічні розлади, невротичні розлади, депресія, тривога.

STUDY OF THE LEVEL OF ANXIETY, DEPRESSION AND HOPELESSNESS IN PATIENTS WITH ASEPTIC NECROSIS OF THE FEMORAL HEAD IN THE PREOPERATIVE STAGE

Shornikov A. V.

Abstract. The presence of non-psychotic mental disorders (NPMD) in patients with hip disorders, including femoral head aseptic necrosis (FHAN) requiring arthroplasty, leads to patients deterioration due to more severe pain in the postoperative period, treatment outcomes and, ultimately, to reduce health-related quality of life.

The aim of the study: to investigate the level of anxiety and depression in patients with FHAN in the preoperative stage and to determine their relationship with NPMD.

Materials and methods. 137 people (45 men and 92 women) with FHAN with various syndromic variants of NPMD aged 27 to 77 years were examined. All patients, depending on the duration of FHAN were divided into 2 groups: the first group consisted of 55 people with a duration of up to 5 years, the second group consisted of 82 people with a duration of more than 5 years. After a clinical and psychopathological study, the Beck Anxiety Scale (BAI), the Beck Depression Scale (BDI-II), and the Beck Hopelessness Scale (BHS) were used to assess individual mental symptoms.

The results of the study and their discussion. According to the results of BDI-II, 17 people (12.4%) did not have depression, 26 (19.0%) people had mild, 48 people (35.0%) – moderate and 46 (33.6%) patients – severe depression. Analysis of the results revealed significant differences in the level of BDI-II in the direction of increasing the manifestations of depression on the increase in the duration of FHAN more than 5 years. According to the results of BAI, mild anxiety was detected in 65 patients (47.5%), moderate – in 51 patients (37.2%), severe – in 21 people (15.3%). The analysis found that the level of anxiety increases in patients with only the leading anxiety syndromes with increasing duration of FHAN. Hopelessness (according to BHS) was absent in 85 respondents (62.0%) and was present in 52 people (38.0%).

Conclusions. The mental state assessment in patients with FHAN in the preoperative period with anxiety and depression levels determination optimize the care of these patients, and ultimately improve the health related quality of life.

Key words: avascular necrosis, nonpsychotic mental disorders, neurotic disorders, depression, anxiety.

ORCID автора та його внесок до статті:

Shornikov A. V.: 0000-0001-8196-9128^{ABCDEF}

Адреса для кореспонденції

Шорніков Андрій Володимирович

Дніпровський державний медичний університет

Адреса: Україна, 49000, м. Дніпро, вул. Володимира Вернадського 9

Тел.: +380987050583

E-mail: shornikov@ukr.net

А – концепція роботи та дизайн, В – збір та аналіз даних, С – відповідальність за статичний аналіз, D – написання статті, Е – критичний огляд, F – остаточне затвердження статті.

Рецензент – проф. Скрипніков А. М.

Стаття надійшла 14.02.2021 року

Стаття прийнята до друку 17.08.2021 року