

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДНІПРОВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДНІПРОВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису

ШОРНІКОВ АНДРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ

УДК 616.89-008.1:616.718-002.4-021.4-089.843:613.86

ДИСЕРТАЦІЯ

**НЕПСИХОТИЧНІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ У ХВОРИХ НА
АСЕПТИЧНИЙ НЕКРОЗ ГОЛОВКИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ, ЯКІ
ПОТРЕБУЮТЬ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ**

222 – медицина

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

А.В.Шорніков

(підпис, ініціали та прізвище здобувача)

Науковий керівник: Огоренко Вікторія Вікторівна, доктор медичних наук, професор

Дніпро – 2023

АНОТАЦІЯ

Шорніков А.В. Непсихотичні психічні розлади у хворих на асептичний некроз головки стегнової кістки, які потребують ендопротезування. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 222 «Медицина» – Дніпровський державний медичний університет, м.Дніпро, 2023 рік.

Мета дослідження: на підставі виявлених клініко-психопатологічних і патопсихологічних особливостей непсихотичних психічних розладів (НПР) у хворих на асептичний некроз головки стегнової кістки (АНГСК) розробити критерії їх діагностики, корекції та профілактики.

В дисертаційній роботі встановлені клініко-психопатологічні і патопсихологічні особливості НПР у хворих на АНГСК. Виявлені взаємозв'язки між симптоматикою НПР та надана оцінка їх впливу на якість життя пацієнтів. Досліджена проблема психічного компоненту якості життя та шляхи її підвищення в післяопераційному періоді та оптимізована комплексна допомога хворим на асептичний некроз головки стегнової кістки з НПР в післяопераційному періоді з кінцевою метою покращення психічного компоненту якості життя та поліпшення результатів лікування.

Дисертаційну роботу було виконано в рамках НДР кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Дніпровського державного медичного університету: «Оптимізація надання психіатричної допомоги та психосоціальної реабілітації хворим на психосоматичні та соматопсихічні розлади відповідно до сучасних умов», шифр роботи ІН.04.18, державний реєстраційний номер 0117U005270.

Дослідження базувалось на даних комплексного обстеження 137 хворих на АНГСК віком від 18 до 77 років, у яких були виявлені психічні розлади неспихотичного регістру.

Пацієнти були розділені залежно від тривалості захворювання на дві групи: з тривалістю АНГСК до 5 років та з тривалістю АНГСК більше 5 років. Встановлено, що за статтю, сімейним станом та рівнем освіти статистично значущих відмінностей між досліджуваними групами не відзначалося. Крім того, порівнювані групи істотно не відрізнялися за віковою структурою, соціальним статусом, інвалідністю та ураженню суглобів ($p > 0,05$), що підтверджувало їх однорідність та дозволяло адекватно порівнювати за іншими параметрами.

Залучені до дослідження пацієнти проходили обстеження на початку терапії (1-2 доба після госпіталізації до відділення ендопротезування великих суглобів) та через 6 місяців після оперативного втручання: клініко-психопатологічне і психометричне дослідження.

Під час дисертаційного дослідження були застосовані клініко-психопатологічний, клініко-анамнестичний, психодіагностичний і статистичний методи.

Психометричний аналіз НПР у хворих на АНГСК був проведений з використанням методики SCL-90-R (Symptom Checklist 90-Revised), опитувальника депресії Бека, методики дослідження типу ставлення до хвороби (ТОБОЛ), опитувальника тривоги Бека, тесту тривожності Тейлор, шкали безнадійності Бека, Торонтської шкали алекситимії, тесту AUDIT та опитувальника із якості життя SF-12.

На підставі клініко-психопатологічного методу дослідження виділено низку провідних клінічних синдромів: тривожно-фобічний, тривожно-депресивний, депресивно-іпохондричний, астено-апатичний і астено-депресивний.

Оцінка рівня тривожності у пацієнтів з АНГСК, які потребують ендопротезування, виявила, що середній бал за TMAS становив 26 (19;37), що вказує на наявність середньо-високого рівня тривоги у обстежених. При цьому 52,5% обстежених мали високий і дуже високий рівні тривожності.

Оцінка поширеності і вираженості алекситимії у хворих за допомогою шкали ТАС-20 виявила, що медіана її балу склала 70 (62;79). Зазначене вказує, що група пацієнтів у цілому мала оцінку, більшу за граничну точку для діагностики цього стану (>60 балів). Рівень алекситимії залежно від тривалості хвороби статистично достовірно відрізняється у пацієнтів з тривожно-фобічним, тривожно-депресивним і астено-депресивним синдромами. При цьому зі збільшенням тривалості захворювання зростає бал алекситимії.

Середній результат рівня депресії у обстежених пацієнтів за тестом BDI-II склав 22 (17; 34) балів, що відповідає критерію помірної депресії (20-28 балів). Виявлено, що при збільшенні тривалості хвороби достовірно зростає і вираженість депресивних розладів.

При проведенні кореляційного аналізу встановлено, що тривожність має сильну пряму кореляцію з безнадійністю $r_s=0.6$ (95% довірчий інтервал (ДІ) 0.49 – 0.71), тривогою $r_s=0.96$ (95% 0.95 – 0.97), а рівень депресії за шкалою BDI-II має помірні прямі кореляційні зв'язки з безнадійністю $r_s=0.42$ (95% ДІ 0.28 – 0.56), тривожністю $r_s=0.31$ (95% ДІ 0.16 – 0.46) та алекситимією $r_s=0.39$ (95% ДІ 0.25 – 0.53). Рівень тривоги, окрім кореляції з тривожністю, як особливістю особистості, має сильну пряму кореляцію з показником безнадійності $r_s=0.63$ (95% ДІ 0.53 – 0.73).

В дослідженні встановлено відсутність кореляційних зв'язків між показником вживання алкоголю AUDIT та іншими психометричними шкалами і психічними станами обстежених пацієнтів з АНГСК.

При вивченні якості життя, як максимально доступної первинної кінцевої точки у лікуванні хворих на АНГСК з НПР встановлено, що середній показник якості фізичного життя перед ендопротезуванням складав 41,36 (35,03; 45,43) бали, а якість психічного життя – 39,02 (34,29; 44,95) балів. Також показано, що зі збільшенням тривалості АНГСК якість життя погіршується, зокрема психічний компонент у більшій мірі, ніж фізичний. Оцінюючи вплив психометричних показників на якість життя виявлено

статистично значущий помірної сили негативний кореляційний зв'язок між показниками тесту депресії Бека та якістю психічного життя $r_s = -0.40$ (95% ДІ $-0.55 - -0.26$) та значущий слабкий негативний кореляційний зв'язок між показниками алекситимії за шкалою ТАС-20 та якістю психічного життя $r_s = -0.28$ (95% ДІ $-0.44 - -0.12$). Встановлено, що тривога статистично значуще помірно негативно корелює з якістю психічного життя: для ОГ1 $r_s = -0.40$ (95% ДІ $-0.63 - -0.17$), для ОГ2 $r_s = -0.26$ (95% ДІ $-0.47 - -0.05$). Проте при порівнянні коефіцієнтів кореляції не виявлено статистично значущої різниці ($p=0.38$). Виходячи з цього побудовано однофакторну лінійну регресійну модель прогнозування впливу показників депресії на якість психічного життя.

$$MCS=49.5-0.38*BDI-II$$

Встановлено, що на кожний бал депресії з шкалою BDI-II середнє значення якості психічного життя знизиться на 0,38 бали. Також встановлено, що саме факт захворювання, а не рівень фізичних обмежень впливають на психічне життя пацієнтів з АНГСК.

Розроблений терапевтичний комплекс, що ґрунтувався на принципах диференційного лікування, етапності та комплексності, включав психоосвітні, психокорекційні та психотерапевтичні заходи, а також психофармакотерапію, в залежності від провідного психопатологічного синдрому (транквілізатори, антидепресанти, снодійні тощо).

Оцінюючи результати запропонованих принципів корекції і профілактики НПР у хворих з АНГСК встановлено, що психічний компонент якості життя після лікування мав помірної сили пряму кореляцію з аналогічним компонентом до лікування ($r_s=0.46$, 95% ДІ $0.29 - 0.60$), що підтверджує ідею залежності психічного компоненту якості життя від різних факторів. Виявлено помірної сили зворотною кореляцію психічного компоненту якості життя з рівнем депресії за тестом BDI-II після лікування ($r_s = -0.35$, 95% ДІ $-0.51 - -0.16$), та слабку зворотною кореляцію з показниками

GSI ($r_s = -0,26$, 95% ДІ $-0,44 - -0,06$) та тривоги після лікування ($r_s = -0,28$, 95% ДІ $-0,45 - -0,09$).

За допомогою множинного лінійного регресійного аналізу впливу психометричних факторів на психічний компонент якості життя після лікування ми отримали рівняння множинної регресії:

$$MCS2 = 36,58 - 0,12 * BAI2 + 0,34 MCS1$$

Виявлено, що 39,31% мінливості якості психічного життя після лікування слід пояснювати її взаємозв'язком з варіацією рівня тривоги після лікування та рівнем якості життя на доопераційному етапі.

У результаті дослідження ми розробили логістичну модель прогнозування вірогідності недосягнення нормальної якості психічного життя у хворих з АНГСК.

Результуючою формулою отриманої моделі є:

$$p = \frac{\exp(0,77 + 0,08X_1 - 3,63X_2 + 1,9X_3 + 1,76X_4 - 1,83X_5)}{1 + \exp(0,77 + 0,08X_1 - 3,63X_2 + 1,9X_3 + 1,76X_4 - 1,83X_5)}$$

де: p – вірогідність недосягнення цільової якості життя; $0,77$ – вільний член; x_1 – показник якості життя до лікування; x_2 – індекс GSI до лікування; x_3 – бінарний показник наявності астено-апатичного синдрому; x_4 – бінарний показник наявності тривожно-депресивного синдрому, x_5 – бінарний показник наявності алекситимії.

Перевірка моделі за критерієм Хосмера-Лемешова, який склав $3,68$ ($p=0,88$) та за методом максимальної правдоподібності, який виявив: $\chi^2=37,63$, $df=5$, $p<0,001$), показала достатню відповідність між даними отриманими в нашому дослідженні та отриманою логістичною моделлю.

Прогностична точність рівняння логістичної регресії проведена за AUC, яка у побудованій моделі становила $0,85$ (95% ДІ $0,76 - 0,91$) при $p<0,001$, що засвідчило дуже добру прогностичну здатність.

Наукова новизна одержаних результатів

Уперше на підставі комплексного клініко-анамнестичного, клініко-психопатологічного, психодіагностичного і статистичного досліджень отримано дані про особливості НПР у хворих на АНГСК.

З'ясовані індивідуально-типологічні особливості хворих на АНГСК з НПР та їх вплив на показник якості життя.

Сформульовані основні принципи корекції та профілактики НПР у хворих на АНГСК та досліджена їх ефективність.

Визначені фактори, які впливають на психічний компонент якості життя пацієнтів з АНГСК.

Уперше розроблено прогностичну модель психічного компоненту якості життя у хворих на АНГСК з НПР.

Практичне значення отриманих результатів.

Для ранньої діагностики НПР у хворих на АНГСК, які потребують ендопротезування, рекомендовано використовувати наступні фактори: індекс загальної тяжкості стану психопатологічної симптоматики GSI, наявність астено-апатичного або тривожно-депресивного синдрому та алекситимії.

Для підвищення якості діагностики НПР, обґрунтування тактики лікування та оцінки його ефективності у хворих на АНГСК доцільно використовувати опитувальник SCL-90-R, шкали тривожності Тейлор та BDI-II, Торонтську алекситимічну шкалу, методику дослідження типів ставлення до хвороби (ТОБОЛ).

Для діагностики і контролю ефективності лікувально-реабілітаційних заходів для хворих АНГСК з НПР рекомендовано проводити оцінку якості життя та її компонентів у пацієнтів за SF-12.

Для виділення пацієнтів з групи ризику недосягнення нормального рівня психічного компоненту якості життя протягом наступних 6 місяців з метою ранньої корекції виявлених порушень рекомендовано застосовувати розроблену модель прогнозування, що включає показники психічного

компоненту якості життя до початку лікування, індекс загальної тяжкості стану психопатологічної симптоматики GSI до лікування, наявність астено-апатичного або тривожно-депресивного синдрому та наявність алекситимії.

Використання комплексної психотерапевтичної та психофармакологічної корекції НПР у хворих на АНГСК в комплексному наданні допомоги дозволить оптимізувати в короткий строк лікувально-діагностичний процес та покращити як фізичний, так і психічний компоненти якості життя цієї когорти пацієнтів.

При стаціонарному лікуванні даного контингенту хворих доцільним є проводити консультацію лікаря-психіатра або медичного психолога, з подальшою психотерапевтичною та/або фармакологічною корекцією психічного стану пацієнтів.

Ключові слова: асептичний некроз головки стегнової кістки, непсихотичні психічні розлади, депресія, тривога, тривожність, безнадійність, якість життя, алекситимія, ендопротезування кульшового суглоба, аваскулярний некроз, психотерапія, психокорекція.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

1. Шорніков АВ. Дослідження рівня тривоги, депресії та безнадійності у хворих на асептичний некроз головки стегнової кістки на передопераційному етапі. Вісник проблем біології і медицини. 2021;(3):172–176.
2. Огоренко ВВ, Шорніков АВ, Завалко ЮМ. Структура непсихотичних психічних розладів, алекситимії і тривоги у пацієнтів з асептичним некрозом головки стегнової кістки. Медичні перспективи. 2022;27(4):144-150
3. Огоренко ВВ, Шорніков АВ. Гендерно-вікові та соціально-демографічні фактори ризику розвитку непсихотичних психічних розладів у осіб з асептичним некрозом головки стегнової кістки. Психосоматична медицина та загальна практика. 2022;7(2):e0702369.
4. Ogorenko V, Shornikov A, Kyrychenko A, Zavalko Y, Khomyakov V, Tomakh N. Improvement of quality of life for patients with aseptic necrosis of the femoral head and non-psychotic mental disorders. Georgian Medical News. 2022;(9 (330)):86–89.
5. Шорніков А.В., Огоренко В.В. Прогнозування якості психічного життя у хворих на асептичний некроз головки стегнової кістки з непсихотичними психічними розладами. Український вісник психоневрології. 2022;30(4):35-40

Праці, що додатково відображають наукові результати дисертації

1. Огоренко ВВ, Шорніков АВ. Непсихотичні психічні розлади у хворих з асептичним некрозом стегнової кістки (огляд літератури). Український вісник психоневрології. 2021;29(2 (107)):63–7.

Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертаційної роботи

1. Шорніков А. В. Шляхи впливу на якість життя у хворих на асептичний некроз головки стегнової кістки і непсихотичні психічні розлади. *Науковий симпозіум з міжнародною участю (в on-line режимі). Персоніфіковані підходи щодо неврологічної, психіатричної та наркологічної допомоги. 7-8 жовтня 2021 року*

2. Шорніков АВ, Огоренко ВВ. Тривога, депресія та безнадійність у хворих на асептичний некроз головки стегнової кістки з непсихотичними психічними розладами. В: XV Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених з міжнародною участю «Актуальні питання клінічної медицини» (19 листопада 2021 р, м Запоріжжя). Запоріжжя, 2021: Державний заклад „Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров’я України”; 2021. с. 339–40.

3. Шорніков А.В. Особливості прогнозування психічного компоненту якості життя у хворих на асептичний некроз головки стегнової кістки В: XVI Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених з міжнародною участю «Актуальні питання клінічної медицини» (25-26 листопада 2022 р., м Запоріжжя) [Інтернет]. Запоріжжя, 2022: Державний заклад „Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров’я України”; 2022

4. Шорніков АВ. Динаміка змін тривоги та депресії у хворих на асептичний некроз головки стегнової кістки і непсихотичні психічні розладив залежності від лікування. In: Неврологія, психіатрія та наркологія у сучасному світі: глобальні виклики та шляхи розвитку. Харків; 2022. <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.23526.09289>

5. Шорніков АВ. Патопсихологічні особливості пацієнтів з асептичним некрозом головки стегнової кістки які потребують ендопротезування. Proceedings of the 4th International scientific and practical conference, Osaka, Japan: CPN Publishing Group; 2023, p. 121–124.

6. Шорніков АВ. Алекситимія у хворих на асептичний некроз головки стегнової кістки з непсихотичними психічними розладами. Proceedings of the 1st International scientific and practical conference, Stockholm, Sweden: SSPG Publish; 2023, p. 122–124.

ANNOTATION

Shornikov AV. Non-psychotic mental disorders in patients with femoral head avascular necrosis who require endoprosthesis. - Qualifying scientific work on the rights of the manuscript.

Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in the specialty 222 "Medicine", a field of knowledge 22 "Health Care". - Dnipro State Medical University, Dnipro, 2023.

The purpose of the study: based on the identified clinical-psychopathological and pathopsychological features of non-psychotic mental disorders (NPMD) in patients with femoral head avascular necrosis (FHAN), to develop criteria for their diagnosis and prevention.

Clinical-psychopathological and pathopsychological features of NPMD in patients with FHAN are established in the dissertation. Interrelationships between the symptoms of NPMD are revealed and an assessment of their impact on patients' quality of life is provided. The problem of the mental component of the quality of life and the ways of its improvement in the postoperative period were investigated and the comprehensive care of patients with FHAN with NPMD in the postoperative period was optimized with the ultimate goal of improving the mental component of the quality of life and improving the results of treatment.

The dissertation was performed within the research department of psychiatry, narcology and medical psychology of Dnipro State Medical University: "Optimization of psychiatric care and psychosocial rehabilitation of patients with psychosomatic and somatopsychic disorders in accordance with modern conditions", work code IH.04.117U state registration number.

The study was based on the data of a comprehensive examination of 137 patients with FHAN aged 18 to 77 who were diagnosed with mental disorders of the non-psychotic register.

Patients were divided depending on the duration of the disease into two groups: with duration of FHAN up to 5 years and with duration of FHAN more

than 5 years. It was established that there were no significant differences between the representatives of the studied groups in terms of gender, marital status, and level of education. In addition, the compared groups did not differ significantly in terms of age structure, social status, disability, and joint damage ($p > 0.05$), which confirmed their homogeneity and allowed adequate comparison by other parameters.

The patients involved in the study were examined at the beginning of therapy (1-2 days after hospitalization to the endoprosthesis department) and 6 months after the operation: clinical-psychopathological and psychometric examination.

Clinical and anamnestic, clinical psychopathological, psychodiagnostic and statistical methods were comprehensively applied.

Psychometric analysis of NPMD in patients with FHAN was carried out using the SCL-90-R (Symptom Checklist 90-Revised) methodology, the Beck Depression Questionnaire, the method of researching the type of attitude towards the disease (TOBOL), the Beck Anxiety Questionnaire, the Taylor Anxiety Test, the Beck Hopelessness Scale, the Toronto Alexithymia Scale, the AUDIT, and the SF-12 Quality of Life Questionnaire.

Based on the clinical-psychopathological method of research, a number of leading clinical syndromes were identified: anxiety-phobic, anxiety-depressive, depressive-hypochondriac, astheno-apatetic and astheno-depressive.

Assessment of the level of anxiety in patients with FHAN requiring arthroplasty revealed that the mean score on the TMAS was 26 (19;37), indicating the presence of a medium-high level of anxiety in the examined, with 52.5% of patients having high and very high levels anxiety.

Assessment of the prevalence and severity of alexithymia in the examined patients using the TAS-20 scale revealed that the median score of alexithymia was 70 (62;79), which indicates that the group of patients as a whole had a score greater than the cut-off point for diagnosing this condition (>60 points). The level of alexithymia, depending on the duration of the disease, is statistically

significantly different in patients with anxiety-phobic, anxiety-depressive and astheno-depressive syndromes. At the same time, the alexithymia score increases as the duration of the disease increases.

The average result of the level of depression in the examined patients by the BDI-II test was 22 (17; 34) points, which corresponds to moderate depression (20-28 points). As the duration of the disease increases, the severity of depressive disorders increases significantly.

When conducting a correlation analysis, it was established that anxiety has a strong direct correlation with hopelessness $r_s=0.6$ (95% CI 0.49 – 0.71), anxiety $r_s=0.96$ (95% 0.95 – 0.97), the level of depression on the BDI-II scale has moderate direct correlations with hopelessness $r_s=0.42$ (95% CI 0.28 – 0.56), anxiety $r_s=0.31$ (95% CI 0.16 – 0.46) and alexithymia $r_s=0.39$ (95% CI 0.25 – 0.53). The level of anxiety, in addition to the correlation with anxiety as a personality trait, has a strong direct correlation with the hopelessness index $r_s=0.63$ (95% CI 0.53 – 0.73).

The study established the absence of correlations between the AUDIT alcohol consumption indicator and other psychometric scales and the mental states of the examined patients with FHAN.

When studying the quality of life, as the most accessible primary end point in the treatment of patients with FHAN with NPMD, it was found that the average physical quality of life before endoprosthesis was 41.36 (35.03; 45.43) points, and the mental quality of life was 39.02 (34.29; 44.95) points. It has also been established that with the increase in the duration of FHAN, the quality of life deteriorates, in particular, the mental component to a greater extent than the physical. Evaluating the influence of psychometric indicators on the quality of life, a statistically significant negative correlation of moderate strength was found between the indicators of the Beck depression test and the mental quality of life $r_s=-0.40$ (95% CI -0.55 – -0.26) and a significant weak negative correlation between the indicators alexithymia according to the TAS-20 scale and mental quality of life $r_s=-0.28$ (95% CI -0.44 – -0.12). It was established that anxiety is statistically

significantly and moderately negatively correlated with the mental quality of life: for MG1 $r_s = -0.40$ (95% CI -0.63 – -0.17), for MG2 $r_s = -0.26$ (95% CI -0.47 – -0.05). However, when comparing the correlation coefficients, no statistically significant difference was found ($p=0.38$). Based on this, a one-factor linear regression model was built for predicting the influence of depression indicators on the mental quality of life.

$$MCS=49.5-0.38*BDI-II$$

It was established that for each point of depression with the BDI-II scale, the average value of the mental quality of life will decrease by 0.38 points. It has also been established that the fact of the disease, and not the level of physical limitations, affects the mental life of patients with FHAN.

The developed therapeutic complex, based on the principles of differential treatment, phasing and complexity, included psychoeducational, psychocorrective and psychotherapeutic measures, as well as psychopharmacotherapy, depending on the leading psychopathological syndrome (tranquilizers, antidepressants, sleeping pills, etc.).

Evaluating the results of the proposed principles of correction and prevention of NPMD in patients with FHAN, it was established that the mental component of the quality of life after treatment had a moderate direct correlation with the similar component before treatment ($r_s=0.46$, 95% CI 0.29 – 0.60), which confirms the idea of dependence the mental component of the quality of life from various factors. The mental component of quality of life has a moderately strong inverse correlation with the level of depression according to the BDI-II test after treatment ($r_s = -0.35$, 95% CI -0.51 – -0.16), and weak inverse correlations with GSI indicators ($r_s = -0.26$, 95% CI -0.44 – -0.06) and anxiety after treatment ($r_s = -0.28$, 95% CI -0.45 – -0.09).

A multiple linear regression analysis of the influence of psychometric factors on the mental component of quality of life after treatment was performed, and we obtained the following multiple regression equation:

$$MCS2=36.58 -0.12*BAI2 + 0.34 MCS1$$

It was found that 39.31% of the variability of the mental quality of life after treatment could be explained by its relationship with the variation of the level of anxiety after treatment and the level of quality of life at the preoperative stage.

As a result of the study, we developed a logistic model for predicting the probability of non-achievement of a normal mental component of quality of life in patients with FHAN.

The resulting formula of the obtained model is:

$$p = \frac{\exp(0,77 + 0,08X1 - 3,63X2 + 1,9X3 + 1,76X4 - 1,83X5)}{1 + \exp(0,77 + 0,08X1 - 3,63X2 + 1,9X3 + 1,76X4 - 1,83X5)}$$

where: p is the probability of not achieving the target quality of life; 0.77 – intercept; x1 – indicator of quality of life before treatment; x2 – GSI index before treatment; x3 – a binary indicator of the presence of astheno-apathetic syndrome; x4 is a binary indicator of the presence of anxiety-depressive syndrome, x5 is a binary indicator of the presence of alexithymia.

Checking the model according to the Hosmer-Lemeshov criterion, which was 3.68 (p=0.88) and the maximum likelihood method, which revealed: $\chi^2=37.63$, df=5, p<0.001), showed a sufficient correspondence between data obtained in our study and the obtained logistic model.

The predictive accuracy of the logistic regression equation was based on the AUC, which in the constructed model was 0.85 (95% CI 0.76–0.91) at p<0.001, which proved a very good predictive ability.

The scientific novelty of the obtained materials.

For the first time, on the basis of complex clinical and anamnestic, clinical-psychopathological, psychodiagnostic and statistical studies, data on the features of non-psychotic mental disorders in patients with aseptic necrosis of the femoral head were obtained.

The individual and typological features of patients with FHAN with NPMD and their influence on the quality of life indicator were specified.

The main principles of correction and prevention of NPMD in patients with FHAN were formulated and their effectiveness was investigated.

Factors affecting the mental component of the quality of life of patients with FHAN have been determined.

For the first time, a prognostic model of the mental component of the quality of life in patients with FHAN with NPMD was developed.

The practical significance of the obtained results.

The following factors are recommended to be used as criteria for the early diagnosis of NPR in patients with ANGSC who require endoprosthetics: GSI index of overall severity of psychopathological symptoms, presence of astheno-apathetic or anxiety-depressive syndrome and alexithymia.

To improve the quality of diagnosis of mental disorders, justify treatment tactics and evaluate its effectiveness in patients with ANS, it is advisable to use the SCL-90-R questionnaire, the Taylor anxiety scale and BDI-II, the Toronto alexithymic scale, and the method of researching types of attitudes towards the disease (TOBOL).

In order to diagnose and control the effectiveness of treatment and rehabilitation measures for FHAN patients with NPMD, it is recommended to evaluate the quality of life and its components in patients according to the SF-12.

In order to identify patients at risk of not achieving a normal level of the mental component of quality of life during the next 6 months, with the aim of early correction of detected disorders, it is recommended to use the developed forecasting model, which includes indicators of the mental component of quality of life before the treatment start, the general severity index of the state of psychopathological symptoms GSI before treatment, the presence of astheno-apathetic or anxiety-depressive syndrome and the presence of alexithymia.

The use of complex psychotherapeutic and psychopharmacological correction of NPMD in patients with FHAN in comprehensive care will allow to optimize the treatment and diagnostic process in a short period of time and

improve both the physical and mental components of the quality of life of this cohort of patients.

During the inpatient treatment of this contingent of patients, it is advisable to consult a psychiatrist or a medical psychologist, followed by psychotherapeutic and/or pharmacological correction of the patients' mental state.

Key words: avascular necrosis, femoral head avascular necrosis, non-psychotic mental disorders, depression, anxiety, hopelessness, quality of life, alexithymia, hip arthroplasty, psychotherapy, psychocorrection

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ.....	22
ВСТУП	23
РОЗДІЛ 1. СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА НЕПСИХОТИЧНІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ У ХВОРИХ НА АСЕПТИЧНИЙ НЕКРОЗ ГОЛОВКИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ).....	31
1.1. Непсихотичні психічні розлади у осіб з соматичними захворюваннями: нагальна проблема	31
1.2. Непсихотичні психічні розлади у хворих на асептичний некроз головки стегнової кістки	34
1.3. Сучасні аспекти надання допомоги та корекційних заходів при несихотичних психічних розладах у хворих на асептичний некроз головки стегнової кістки	42
РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	48
2.1. Загальна характеристика вибірки та дизайн дослідження.....	48
2.2. Характеристика методів дослідження	53
2.2.1. Методика Symptom Checklist 90-Revised	54
2.2.2. Опитувальник депресії Бека.	54
2.2.3. Опитувальник тривоги Бека	55
2.2.4. Шкала безнадійності Бека.....	55
2.2.5. Методика дослідження якості життя	55
2.2.6. Оцінювання алкогольної залежності	56
2.2.7. Шкала тривожності Тейлор	56
2.2.8. Методика ТОБОЛ	57
2.2.9. Торонтська шкала алекситимії	58
2.3. Статистичні методи дослідження.....	58

РОЗДІЛ 3. КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ, ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ І ПСИХОМЕТРИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ І ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА АСЕПТИЧНИЙ НЕКРОЗ ГОЛОВКИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ З НЕПСИХОТИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ.....	62
3.1. Клініко-психопатологічна характеристика неспсихотичних психічних розладів у хворих на асептичний некроз головки стегнової кістки які потребують ендопротезування.....	62
3.2. Психометрична характеристика неспсихотичних психічних розладів у хворих на асептичний некроз головки стегнової кістки які потребують ендопротезування.	71
3.3. Якість життя у хворих на асептичний некроз головки стегнової кістки які потребують ендопротезування	83
3.4. Патопсихологічні особливості пацієнтів з асептичний некроз головки стегнової кістки які потребують ендопротезування.....	91
 РОЗДІЛ 4. ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА АСЕПТИЧНИЙ НЕКРОЗ ГОЛОВКИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ.....	105
4.1 Психотерапевтичні заходи в комплексному наданні допомоги хворим на асептичний некроз головки стегнової кістки з неспсихотичними психічними розладами.....	107
4.2. Психофармакологічні заходи в комплексному наданні допомоги хворим на асептичний некроз головки стегнової кістки з неспсихотичними психічними розладами.....	109
4.3 Оцінка ефективності комплексного надання допомоги хворим на асептичний некроз головки стегнової кістки з неспсихотичними психічними розладами.....	111
4.4. Внесок факторів у показник якості життя за даними множинного регресійного аналізу.	124

РОЗДІЛ 5. ПРЕДИКТОРИ ТА ПРОГНОЗУВАННЯ ЯКОСТІ ПСИХІЧНОГО ЖИТТЯ У ХВОРИХ З АСЕПТИЧНИМ НЕКРОЗОМ ГОЛОВКИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ ТА НЕПСИХОТИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ	130
5.1. Порівняльний аналіз груп хворих стосовно досягнення нормальної якості психічного життя.	130
5.2. Уніваріантний логістичний аналіз для визначення шансів на досягнення номінальної якості життя.	134
5.3. Прогнозування досягнення якості життя за результатами множинного логістичного аналізу.	137
РОЗДІЛ 6	145
АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	145
ВИСНОВКИ.....	152
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	155
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ.....	156
ДОДАТКИ.....	174

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

АНГСК – асептичний некроз головки стегнової кістки

ВШ – відношення шансів

ДІ – довірчий інтервал

МКХ-10 – міжнародна класифікація хвороб 10 перегляду

НПР – непсихотичні психічні розлади

ТАС-20 - Торонтська шкала алекситимії

ТОБОЛ – опитувальник ставлення до хвороби

ЯЖ – якість життя пов'язана зі здоров'ям

BAI – Опитувальник тривоги Бека (Beck Anxiety Inventory)

BDI-II - Опитувальник депресії Бека (Beck Depression Inventory-II).

BHS – Шкала безнадійності Бека (Beck Hopeless Scale)

SCL-90-R - опитувальник виразності психопатологічної симптоматики (Symptom Check List-90-Revised)

SF-12 – 12-пунктова коротка версія опитувальника здоров'я

PCS – фізичний компонент якості життя

MCS – психічний компонент якості життя

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження

Асептичний некроз головки стегнової кістки (АНГСК) - важке дегенеративно-дистрофічне захворювання кульшового суглоба внаслідок порушення структури кісткової тканини і мікроциркуляції, жирової дистрофії кісткового мозку. Проблема АНГСК останнім часом визнається Всесвітньою організацією охорони здоров'я однією з найбільш серйозних загроз здоров'ю людей через тривалу непрацездатність і високу питому вагу інвалідності у таких хворих.

Асептичний некроз головки стегнової кістки відноситься до однієї з найбільш поширених патологій кульшового суглоба і становить 1,2-4,7% від усіх дегенеративно-дистрофічних захворювань цієї локалізації, при цьому на частку пацієнтів працездатного віку припадає від 75 до 100% випадків. АНГСК характерний переважно для чоловіків. За даними вітчизняних вчених поширеність АНГСК у чоловіків складає до 76,9 %, при середньому віці близько 50 років [34].

Типовим симптомом АНГСК є біль, який зазвичай незначно виражений на ранніх стадіях і значно посилюється при фізичній активності та піднятті важких предметів.

Непсихотичні форми порушень психічної сфери (непсихотичні психічні розлади - НПР) зустрічаються практично у всіх хворих на хронічні соматичні (неінфекційні) захворювання.

Серед непсихотичних порушень психіки у хворих на соматичні захворювання можна виділити чотири основні форми: реакції психічної дезадаптації, соматогенний астеничний симптомокомплекс, гострі невротичні розлади, невротичні розлади із затяжним перебігом (особистісні розвитки), на фоні яких виникло соматичне захворювання [20].

Психічні розлади при хронічних захворюваннях великих суглобів, зокрема при асептичному некрозі головки стегнової кістки, вивчені

недостатньо. Відомо, що при ортопедичних захворюваннях, що вимагають тривалих термінів лікування, виявляється висока поширеність несприятливих психічних розладів. Окремі роботи присвячені якості життя хворих при ендопротезуванні кульшових суглобів, оцінці впливу больового синдрому. Досліджені психічні особливості хворих з ахондроплазією і хронічним остеомієлітом, коксартрозом, вивчається якість життя у хворих на вторинний АНГСК. Деякі автори зазначають необхідність додаткового вивчення взаємозв'язків АСГСК, рівня депресії та якості життя [50,51].

Оскільки АНГСК вражає молодих людей з високими потребами мобільності та фізичної активності, це може привести до значного погіршення їх повсякденному житті, що згодом може викликати небажані психологічні ефекти.

Пацієнти з АНГСК обтяжливо сприймають обмеження своєї фізичної та повсякденної діяльності, що призводить до психологічного дистресу.

Наявність тривалого хронічного больового синдрому може викликати у таких хворих різноманітні психічні порушення переважно невротичного регістру. При цьому, різноманітні психопатологічні стани невротичного регістру перешкоджають активному включенню хворих у реабілітаційний процес.

Психічні порушення при АНГСК з позицій сучасної психіатрії є соматогеніями. Клінічна картина соматогеній частіше набуває форму астеничної депресії з гіперестезіями, явищами дратівливої слабкості, підвищеної втомлюваності, слабодухістю. Серед психопатологічних розладів, властивих соматогенним депресіям, можуть спостерігатися психомоторна загальмованість, зниження концентрації уваги з неуважністю, забудькуватістю, нездатністю зосередитися, а також виражені вегетосудинні прояви, скарги на шум і дзвін у вухах, головні болі, запаморочення.

Недостатня вивченість психопатологічної симптоматики у пацієнтів з АНГСК потребує детального дослідження. Зокрема відсутній аналіз структури психічних порушень, недостатньо вивчений вплив на них різних

чинників (таких як стать, вік, соціальний статус, особливості основного захворювання). Нерозробленими залишаються принципи корекції та профілактики психічних розладів непсихотичного регістру у хворих, які страждають на АНГСК. Також потребує уточнення вплив НПР у хворих з АНГСК на компоненти якості життя, пов'язаної зі здоров'ям.

Таким чином, рання діагностика, корекція та профілактика НПР у хворих, які страждають на АНГСК, є актуальною і своєчасною.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами

Дисертаційну роботу було виконано в рамках науково дослідних робіт кафедри психіатрії, наркології і медичної психології Дніпровського державного медичного університету: «Оптимізація надання психіатричної допомоги та психосоціальної реабілітації хворим на психосоматичні та соматопсихічні розлади відповідно до сучасних умов», шифр роботи ІН.04.18, державний реєстраційний номер 0117U005270, строк виконання 2018-2021 рр, «Розробка сучасних технологій диференційованої психіатричної допомоги особам з непсихотичними психічними розладами та їх родичам і фахівцям сфери охорони психічного здоров'я» (номер державної реєстрації 0121U114305, термін виконання 2022-2026 рр.).

Мета дослідження: на підставі виявлених клініко-психопатологічних і патопсихологічних особливостей непсихотичних психічних розладів у хворих на асептичний некроз головки стегнової кістки розробити критерії їх діагностики, корекції та профілактики.

Завдання:

1. Дослідити клініко-психопатологічну структуру і психометричні характеристики НПР у хворих на АНГСК які потребують ендопротезування кульшового суглобу.

2. Вивчити індивідуально-типологічні особливості у хворих на АНГСК які потребують ендопротезування з НПР.

3. Визначити зв'язок соціально-демографічних, клініко-психопатологічних та психологічних особливостей з якістю життя хворих на АНГСК з НПР.

4. Визначити критерії ранньої діагностики НПР у хворих на АНГСК які потребують ендопротезування.

5. Сформулювати основні принципи корекції та профілактики НПР у хворих на АНГСК і дослідити їх ефективність.

6. Встановити предиктори та розробити модель прогнозування якості психічного життя у хворих з АНГСК та НПР.

Об'єкт дослідження – НПР у хворих на АНГСК які потребують ендопротезування.

Предмет дослідження – клініко-психопатологічна, психометрична, патопсихологічна особливості НПР у хворих на АНГСК які потребують ендопротезування, їх лікування та реабілітація.

Методи дослідження: У роботі використані: клініко анаместичний – збір скарг та анамнезу за допомогою структурованого інтерв'ю з використанням самостійно розробленої карти спостереження за пацієнтами; клініко-психопатологічний; патопсихологічний - методика дослідження типу відношення до хвороби (ТОБОЛ); тест тривоги Тейлор (ТМАС) (адаптація Т.А. Немчинова); методика дослідження наявності алекситимії (ТАС-20 – Торонтська алекситимічна шкала); психометричний – для оцінки психопатологічної та патопсихологічної характеристик (SCL-90-R); опитувальник Бека (Beck Depression Inventory – BDI-II) для визначення рівня виразності депресивної симптоматики шкали тривоги Бека (BAI), шкала безнадійності Бека (BHS), тест AUDIT, опитувальник якості життя (ЯЖ) SF-12; та методи математичної статистики – описова статистика, визначення статистичної значущості у відмінностях ознак проводили за критерієм хі-квадрат (χ^2) Пірсона, зокрема з поправкою Йейтса на безперервність, точним критерієм Фішера, U-критерієм Манна-Уїтні або тест Краскела-Уолліса,

кореляційний аналіз з розрахунком коефіцієнтів рангової кореляції Спірмена, також використовувався Т критерій Вілкоксона, зокрема з поправкою Бонферроні. уніваріантний та множинний логістичні регресійні аналізи з розрахунком показника відношення шансів (ВШ) та Receiver Operating Characteristic curve analysis (ROC-аналіз).

Наукова новизна одержаних результатів

Уперше на підставі комплексного клініко-анамнестичного, клініко-психопатологічного, психодіагностичного і статистичного досліджень отримано дані про особливості НПР у хворих на АНГСК.

З'ясовані індивідуально-типологічні особливості хворих на АНГСК з НПР та їх вплив на показник якості життя.

Сформульовані основні принципи корекції та профілактики НПР у хворих на АНГСК та досліджена їх ефективність.

Визначені фактори, які впливають на психічний компонент якості життя пацієнтів з АНГСК.

Уперше розроблено прогностичну модель психічного компоненту якості життя у хворих на АНГСК з НПР.

Практичне значення отриманих результатів.

Для ранньої діагностики НПР у хворих на АНГСК, які потребують ендопротезування, рекомендовано використовувати наступні фактори: індекс загальної тяжкості стану психопатологічної симптоматики GSI, наявність астено-апатичного або тривожно-депресивного синдрому та алекситимії.

Для підвищення якості діагностики НПР, обґрунтування тактики лікування та оцінки його ефективності у хворих на АНГСК доцільно використовувати опитувальник SCL-90-R, шкали тривожності Тейлор та BDI-II, Торонтську алекситимічну шкалу, методику дослідження типів ставлення до хвороби (ТОБОЛ).

Для діагностики і контролю ефективності лікувально-реабілітаційних заходів для хворих АНГСК з НПР рекомендовано проводити оцінку якості життя та її компонентів у пацієнтів за SF-12.

Для виділення пацієнтів з групи ризику недосягнення нормального рівня психічного компоненту якості життя протягом наступних 6 місяців з метою ранньої корекції виявлених порушень рекомендовано застосовувати розроблену модель прогнозування, що включає показники психічного компоненту якості життя до початку лікування, індекс загальної тяжкості стану психопатологічної симптоматики GSI до лікування, наявність астено-апатичного або тривожно-депресивного синдрому та наявність алекситимії.

Використання комплексної психотерапевтичної та психофармакологічної корекції НПР у хворих на АНГСК в комплексному наданні допомоги дозволить оптимізувати в короткий строк лікувально-діагностичний процес та покращити як фізичний, так і психічний компоненти якості життя цієї когорти пацієнтів.

При стаціонарному лікуванні даного контингенту хворих доцільним є проводити консультацію лікаря-психіатра або медичного психолога, з подальшою психотерапевтичною та/або фармакологічною корекцією психічного стану пацієнтів.

Вищевказані заходи були впровадженні в практичну діяльність КП «Дніпровська багатопрофільна клінічна лікарня з надання психіатричної допомоги» ДОР», ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», КП «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім.І.І.Мечникова» ДОР».

Результати наукової роботи використовуються в навчальному процесі кафедри психіатрії, наркології і медичної психології Дніпровського державного медичного університету, кафедри внутрішньої медицини з курсом профілактичних дисциплін Дніпровського медичного інституту традиційної і нетрадиційної медицини; кафедри неврології, психіатрії, наркології, офтальмології, отоларингології та онкології Луганського державного медичного університету, кафедри фізичної реабілітації Придніпровської державної академії фізичної культури і спорту.

Особистий внесок здобувача

Автор особисто провів інформаційно-патентний пошук, аналіз та узагальнення даних спеціальної сучасної літератури, самостійно обстежив 137 пацієнтів з АНГСК, провів усі клінічні та психодіагностичні дослідження. Особисто систематизував отримані дані, узагальнив результати дослідження. Особисто написав усі розділи роботи, сформулював висновки та практичні рекомендації, підготував до друку наукові праці, впровадив результати наукових розробок.

Апробація результатів дисертації

Матеріали дисертації доповідались та обговорювались на науково-практичних конференціях з міжнародною участю: «Персоніфіковані підходи щодо неврологічної, психіатричної та наркологічної допомоги» (м. Харків, 07.10.2021р.–08.10.2021р.), XV Всеукраїнській науково-практичній конференції молодих вчених з міжнародною участю «Актуальні питання клінічної медицини» (19 листопада 2021 р, м Запоріжжя), VI Національному конгресі неврологів, психіатрів та наркологів України «Неврологія, психіатрія та наркологія у сучасному світі: глобальні виклики та шляхи розвитку» (6-8 жовтня 2022 року, м. Харків), XVI Всеукраїнській науково-практичній конференції молодих вчених з міжнародною участю «Актуальні питання клінічної медицини» (25-26 листопада 2022 р., м Запоріжжя), The 4th International scientific and practical conference “Science and technology: problems, prospects and innovations” (18-20.01.2023, Osaka, Japan), The 1st International scientific and practical conference “Innovations and prospects in modern science” (15-17.01.2023, Stockholm, Sweden).

Публікації. Основні результати дисертаційної роботи викладено у 9 публікаціях, з них 5 статей, які включені до міжнародних наукометричних баз (1– самостійна, 4 – у співавторстві), 5 статей у фахових виданнях, рекомендованих ДАК України, 1 стаття у виданні іноземної держави, 1 стаття у вітчизняному журналі, що індексується Web of science, 4 роботи у наукових збірниках, матеріалах наукових конференцій, зокрема іноземних.

Структура та обсяг дисертації. Дисертаційна робота складається з анотації, вступу, огляду літератури, матеріалів та методів досліджень, розділів власних досліджень, узагальнення та аналізу отриманих результатів, висновків, практичних рекомендацій, списоку використаних джерел, що містить 136 джерела, з яких 50 – кирилицею, та 86 латиницею. Робота викладена на 184 сторінках комп'ютерного тексту, ілюстрована 51 таблицею та 23 рисунками.

РОЗДІЛ 1

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА НЕПСИХОТИЧНІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ У ХВОРИХ НА АСЕПТИЧНИЙ НЕКРОЗ ГОЛОВКИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ (огляд літератури)

1.1. Непсихотичні психічні розлади у осіб з соматичними захворюваннями: нагальна проблема

Психічний здоров'я населення все більше стає актуальною проблемою, яка постає перед сучасним суспільством. З року в рік збільшується поширеність психічних розладів, особливо психогенного походження.

Станом на 2019 рік психічні і поведінкові розлади мають 7% в структурі DALY – універсального показника загального тягаря хвороб (DALY – це кількість років, втрачених через поганий стан здоров'я, інвалідність або передчасну смерть), що складає 168 мільйонів років . Депресивні розлади різного походження (ендогенні та психогенні) посідають 12 місце в серед основних причин втрати років, вони станом на 2019 рік забрали 46 мільйонів років [1].

Майже кожен третій українець у певний момент свого життя може стикнутися з психічним розладом, найбільш поширеними з них є тривожні і депресивні розлади, а рівень депресії в Україні є значно вищим у порівнянні з західноєвропейськими країнами [2]. Так на початок 2013 в Україні психоневрологічними закладами зареєстровано 2554,0 хворих на 100 тис. населення з різними формами психічних розладів, серед яких половину (49,9 %) складають психічні розлади непсихотичного характеру, що обумовлює необхідність детального вивчення даної групи захворювань.

Поширеність психічних розладів поступово (на 2,9 % за 10 років) збільшується. Протягом останнього десятиріччя спостерігається переважання непсихотичних психічних розладів у структурі захворюваності. Ці розлади

включають неврози, реакції на стрес, розлади особистості та інші функціональні розлади. Надання амбулаторної допомоги зазвичай є достатнім заходом для лікування більшості цих розладів [3].

Останніми роками проблема непсихотичних психічних розладів все більше привертає увагу дослідників. Науковці досліджують психічний стан осіб окремих категорій: військових, вимушених переселенців, студентів, сільського населення в цілому [4–8].

Іншим, принципово відмінним напрямком у вивченні непсихотичних психічних розладів є дослідження окремих особливостей реагування психіки на окремі захворювання [9–18].

Рекомендується все більше використовувати модель запобігання розвитку психічних та поведінкових розладів, яка була запропонована Всесвітньою організацією охорони здоров'я. Ця модель спрямована на раннє втручання для попередження розвитку психопатологічних порушень, відновлення соціального функціонування осіб з порушеннями психічного здоров'я та зменшення соціально-економічного тягаря суспільства, який виникає внаслідок таких порушень.

В наданні допомоги студентам з НПР було доведено ефективність комплексного підходу, який включає фармакотерапію, психотерапію, психопрофілактику та психоосвіту, у порівнянні з лише медикаментозною терапією [19].

Б.С. Федак при дослідженні психічної сфери соматично хворих виділив чотири клінічних варіанти непсихотичних порушень психічної сфери: 1) нозогенні реакції психічної дезадаптації; 2) соматогенний астеничний симптомокомплекс; 3) реакції психічної дезадаптації; 4) гострі реакції на стрес [20].

Хронічні соматичні захворювання і тривога та/або депресивні розлади викликають значну втрату працездатності, прогули на роботі, але вплив означених психічних розладів значно перевищує вплив соматичних

захворювань. Таким чином пацієнти з коморбідністю фізичних і психічних розладів утворюють важку підгрупу з більш несприятливим прогнозом [21].

Соматичні захворювання, особливо ті, що суттєво впливають на зміну звичайного функціонування особи, наприклад захворювання опорно-рухового апарату, самі по собі можуть викликати несприятливі та неадаптивні реакції психіки, що проявиться появою психопатологічних симптомів невротичного регістру. Найчастіше зустрічаються депресивний, тривожний, астеничний синдроми та їхні поєднання.

У дослідженні встановлено, що у хворих на НПР зростає концентрація циркулюючих імунних комплексів у сироватці крові, переважно внаслідок збільшення вмісту найбільш патогенних середньо- і дрібномолекулярних фракцій, а також було виявлено пригнічення показників фагоцитарної активності моноцитів [22].

Power та співавтори показали що депресивні симптоми в цілому зменшуються у пацієнтів з остеоартрозом після операції, але характер і ступінь вираженості цих змін залежить від локалізації суглоба і результатів оперативного втручання [23]. Автори доходять висновку, що слід більше приділяти уваги втручанням в області психічного здоров'я саме в післяопераційному періоді, оскільки з огляду на тісний взаємозв'язок між болем і депресією, відповідна оцінка і лікування депресії у пацієнтів з ОА можуть привести до поліпшення хірургічних результатів [23].

Психологічний стан може вплинути на одужання після ендопротезування суглобів, а успішне оперативне втручання може допомогти покращити психологічний стан пацієнтів, особливо у пацієнтів, які перед операцією мали ознаки тривоги чи депресії [24]. Подібна ситуація спостерігалася і у пацієнтів після тотального ендопротезування плечового суглоба: доопераційний діагноз депресії є незалежним предиктором значно меншого покращення результатів. [25].

У дослідженні Cunningham та співавт. показали, що після тотального ендопротезування гомілковостопного суглоба серед пацієнтів із депресією

низькі передопераційні бали за шкалою MCS можуть прогнозувати погані остаточні результати втручання і навпаки, у пацієнтів із низькими передопераційними балами за шкалою MCS депресія допомогла диференціювати пацієнтів із поганими остаточними результатами [26].

В систематичному огляді Vissers та співавт. виявили, що при спостереженні через 1 рік після ендопротезування колінного суглоба більш низький рівень передопераційного психічного здоров'я (оцінки за допомогою SF-12 або SF-36) був пов'язаний з нижчими показниками функції суглобу та болю [27]. Проте для ендопротезування кульшового суглоба було виявлені лише обмежені та суперечливі докази.

1.2. Непсихотичні психічні розлади у хворих на АНГСК

Асептичний некроз головки стегнової кістки (АНГСК) – мультифакторіальне захворювання переважно людей молодого віку, що приводить до розвитку вторинного важкого остеоартрозу кульшових суглобів з частою подальшою інвалідизацією. Незважаючи на термінологію назви захворювання у вітчизняній літературі, що підкреслює асептичну природу патології, в англійських джерелах застосовується термін «остеонекроз» або «аваскулярний некроз».

АНГСК – важка хронічна поширена патологія, частота якої, за даними різних авторів, становить від 1,2 до 12 відсотків від всіх дегенеративних захворювань опорно-рухового апарату. Наразі точна поширеність АНГСК невідома, захворюваність за оцінками становить від 20 до 30 тис. вперше діагностованих пацієнтів щороку в США [28,29]. Тільки США щороку оперують близько 250000 пацієнтів із приводу ендопротезування тазостегнового суглоба. З цього числа близько 10% причиною їхнього остеоартрозу є асептичний некроз головки стегнової кістки [30]. Для південно-корейської популяції поширеність АНГСК склала 28,91 на 100 тис. населення в середньому за 5-річний період [31]. Діагностика і лікування АНГСК великою мірою залежить від оснащеності центрів, в яких

спостерігаються такі хворі. Так у роботі S. Naziza та співавт. вказано, що за національними даними у США до 6% ендопротезувань виконується з приводу АНГСК, однак у окремих медичних центрах цей відсоток може збільшуватися до 22% [32].

АНГСК вражає людей будь-якого віку, хоча найчастіше він спостерігається у пацієнтів віком від 30 до 65 років та характеризується неспецифічними симптомами болю в паху і обмеженням рухів стегна. Співвідношення чоловіків та жінок змінюється залежно від супутніх захворювань. Наприклад, пов'язаний з алкоголем АНГСК частіше зустрічається у чоловіків, тоді як АНГСК, асоційований із системним червоним вовчаком або прийомом високих доз глюкокортикоїдів, частіше зустрічається у жінок [33].

Значна поширеність захворювання, зокрема серед осіб працездатного віку, і супроводжуюча це втрата професійних і соціальних навичок, становлять серйозну медико-соціальну проблему.

За даними вітчизняних фахівців, поширеність АНГСК складає до 4,7% від усіх дегенеративно-дистрофічних захворювань кульшового суглобу, середній вік пацієнтів становить $49,6 \pm 11,4$ року (розмах від 20 до 78 років). Однобічне ураження спостерігається у 64,9% випадків, двобічне - у 35,1%, при цьому співвідношення чоловіків і жінок склало 3:1 [34].

АНГСК можна розділити на дві основні категорії: травматичний і нетравматичний. Основними етіологічними факторами травматичного АНГСК є перелом головки і шийки стегна, перелом вертлюжної западини, вивих стегна, а також важке розтягнення або забій стегна (без перелому, з внутрішньосуглобової гематомою). Основними причинами нетравматичного АНГСК є терапія кортикостероїдами, зловживання алкоголем, дисліпідемія, серповидно-клітинна анемія, генетична схильність тощо [28,31,35–37]. Проте для значної кількості пацієнтів неможливо встановити етіологічний фактор.

Допоки недостатньо вивчено вплив психічних факторів на перебіг патологій кульшового суглобу, зокрема АНГСК. Пацієнти з патологією

кульшового суглоба в структурі симптомів захворювання можуть мати сильний катастрофічний біль, неспокій і депресію. Виявлення цих факторів і розуміння психосоціального впливу можуть допомогти поліпшити результати лікування пацієнтів, а периопераційна мультидисциплінарна оцінка може бути корисною частиною комплексного ортопедичного лікування [38].

У хворих з гострими соматичними станами можуть спостерігатися різноманітні порушення психічної сфери непсихотичного регістра [14]. Клінічні прояви психічних порушень при ураженнях кульшового суглобу переважно зумовлені функціональними психічними порушеннями, що виникають внаслідок реагування на сам факт захворювання та представлені непсихотичними психічними розладами: тривожними, фобічними, депресивними, іпохондричними та астеничними. Одним з факторів, асоційованих з вираженістю деструкції кульшового суглобу, є вихідна клінічно значуща втома – суб'єктивне переживання, яке істотно знижує якість життя хворих і в різному ступені опосередковується низкою соматичних і психічних факторів, найбільш значущими з яких є вираженість болю і наявність депресивних розладів [39]. Також зі ступенем ураження суглобу асоціюється і тривалість розладів тривожно-депресивного спектру [39].

З'ясовано, що при остеоартрозі рання діагностика і лікування тривожних і депресивних розладів може поліпшити як психічне здоров'я цих осіб, так і їх реакцію на лікування [40]. За даними вітчизняних досліджень поширеність у хворих на остеоартроз депресивних розладів складає 24,8%, неврастенії – 16,2%, тривожних та фобічних розладів – 18,1%, розладів особистості – 7,6% [41]. Депресія збільшує загальний тягар остеоартрозу, пов'язаний зі здоров'ям, знижуючи якість життя пов'язану зі здоров'ям, та збільшуючи кількість відвідувань лікаря, невідкладної допомоги та госпіталізації [42].

Дані досліджень дають змогу стверджувати, що поширеність тривоги і депресії при остеоартриті взаємопов'язані з кількістю уражених суглобів, інтенсивністю болю і важкістю перебігу захворювання [43–45]. Біль, в свою чергу, пов'язаний з депресією і її повторенням [46]. Поточний біль при остеоартриті зумовлює майбутню втому, інвалідність і пригнічений настрій, а супутня депресія пов'язана з чималими фізичними обмеженнями [47–49].

Доведений вплив тривожно-депресивних розладів і на ревматоїдний артрит: на тлі редукції симптомів тривоги і депресивних розладів виявлено статистично значущий позитивний вплив психофармакотерапії на ефективність терапії ревматоїдного артриту, включаючи частоту досягнення ремісії, а також вираженість болю і функціональної недостатності [39].

Встановлений негативний вплив психічного стану хворого на стан кульшового суглобу. Так депресія у пацієнтів молодше 60 років із переломами шийки стегнової кістки може збільшити післяопераційний ризик АНГСК та суттєво вплинути на якість життя пацієнтів [50].

Психічні розлади не тільки чинять негативний вплив на якість життя і соціальні функції, але також корелюють з виникненням і погіршенням різних хронічних захворювань і дезадаптивної поведінки. Дослідження показали, що тривога і депресія можуть викликати сильний біль і мати тісний зв'язок з різними захворюваннями [51].

У роботі М.М. Gerrits зі співавт. показано, що не стільки наявність хронічних захворювань, а в більшій мірі хронічний біль збільшує ризик рецидиву депресивних або тривожних розладів, оскільки біль був пов'язаний з посиленням підпорогових депресивних симптомів [46]. Стосовно остеоартрозу колінного суглобу вже відомо, що управління загальними факторами ризику і суглобовими симптомами може бути важливим для профілактики і лікування депресії [52].

Дослідження М.І. Halawi зі співавт. показало, що у пацієнтів після тотального ендопротезування суглобів з депресією, але з хорошим вихідним рівнем психічного здоров'я, яке визначали як психічний компонент якості

життя за опитувальником SF-12, можливо досягнення поліпшення суб'єктивних результатів, які були зіставні з контрольною групою ($p > 0,05$) [53]. Було встановлено, що у пацієнтів з низьким вихідним рівнем психічного здоров'я було значне поліпшення всіх наслідків, про які повідомляли пацієнти, але найбільші зміни були у пацієнтів без депресії. Тільки пацієнти з депресією та поганим вихідним психічним здоров'ям не подолали поріг хорошого психічного здоров'я під час останнього подальшого спостереження, незважаючи на досягнення аналогічного покращення фізичної функції порівняно з їхніми колегами, які не мали депресії [53].

Відповідно до консенсусу, основними мішенями у лікуванні АНГСК є вираженість болю, обсяг рухів згинання стегна та відстань, яку пацієнт може подолати при ходьбі [54]. Ці самі ж фактори безумовно впливають на якість життя, пов'язаного зі здоров'ям. А беручи до уваги, що АНГСК вражає переважно більш молодих осіб з підвищеною потребою в русі і фізичній активності, ці симптоми призводять до істотного погіршення у повсякденному житті, що згодом може викликати психологічні ефекти.

Під час дослідження клінічної значущої тривоги та депресії у китайських пацієнтів молодого і середнього віку з АНГСК їхня поширеність становила 20,4% і 21,8% відповідно. Факторами ризику тривоги є стадія АНГСК ($OR\ IV-V/II=5,383$), а факторами ризику депресії – жіноча стать ($OR=2,853$), коморбідні захворювання ($OR=4,243$) і стадія захворювання ($OR=16,963$) [51].

За даними Mouzas та співав., у пацієнтів з виявлені вищі величини показників "соматичні симптоми депресії", "соціальна дисфункція" порівняно з контрольною групою [55]. Вивчаючи механізми копіngu у таких пацієнтів, автори встановили вищі величини певних стратегій як «спотворення зображення» та «самопожертва» [55].

У дослідженні пацієнтів з АНГСК Y. Kubo та співавт. вказують що оперативне лікування покращує психологічний компонент здоров'я, зокрема рольове функціонування, обумовлене емоційним станом та соціальне

функціонування [56]. При цьому двостороннє ураження суглобів призводить до більш вираженого зниження якості життя, як психологічного так і фізичного компонентів здоров'я [57].

Важливим фактором успішності лікування також є суб'єктивна задоволеність пацієнта його результатами. Встановлено, що поганий передопераційний психічний стан (низькі бали психологічного компонента здоров'я за SF-36) і літній вік є незалежними факторами ризику післяопераційної незадоволеності [58]. У педіатричних пацієнтів з АНГСК також визначають нижчу якість життя, ніж у здорових, у всіх оцінюваних областях [59].

За даними експериментального дослідження D. Li та співавт., АНГСК може бути пов'язаний зі зниженням кількості симпатичних нервових волокон. Це реалізується як прозапальний стимул через α -адренергічні шляхи (які призводять до сильної вазоконстрикції дрібних артеріальних судин) [60]. Таким чином симпатичні нервові волокна, розташовані навколо некротичної тканини, скорочуються, аби поліпшити мікроциркуляцію завдяки розширенню кровоносних судин. Цей механізм може пояснити взаємозв'язок між хронічним стресом та ризиком розвитку АНГСК: такий взаємозв'язок може виникати через тривалий вплив стресу, що призводить до активації симпатoadреналової системи з одного боку та збереження високого рівня тривоги через невротичні механізми психологічного захисту з іншого [61, 75]. Джерелом підтримання рівня стресу і тривоги, серед інших факторів, можуть бути вплив хронічного болю та порушення функцій опори та ходьби уражених кінцівок – облігатні симптоми АНГСК. Виходячи з запропонованих підходів важливим у успішній реабілітації хворих на АНГСК є не тільки відновлення функцій уражених суглобів, а й надання адекватної психологічної допомоги, що може бути особливо важливим при однобічному ураженні суглоба.

Враховуючи мультिवаріантність етіології АНГСК та дані, що поширеність та коефіцієнти ризику виникнення депресивних симптомів

підвищуються за наявності хронічних захворювань та з кількістю супутніх захворювань, особливо у осіб середнього віку, слід більше уваги приділяти супутній психічній патології, особливо несприятливого рівня [62].

За даними літератури відзначають підвищений ризик АНГСК для осіб, що регулярно вживають алкоголь, і визначена чітка залежність від дози алкоголю: відносні ризики АНГСК становлять 3,3, 9,8 і 17,9 для поточних споживачів алкоголю менше 400 мл / тиждень, від 400 мл / тиждень до 1000 мл / тиждень і більше 1000 мл / тиждень алкоголю відповідно [63]. Такий вплив алкоголю може реалізовуватися через його безпосередню здатність викликати адіпогенез, зменшувати остеогенез в стромі кісткового мозку і виробляти внутрішньоклітинні ліпідні відкладення, що призводять до загибелі остеоцитів, та, відповідно, може бути пов'язано з розвитком остеонекрозу, особливо у осіб, які тривалий час піддавалися впливу надмірних доз алкоголю [64]. Вживання алкоголю має кумулятивний ефект на розвиток АНГСК, з урахуванням зв'язку між тривалістю вживання алкоголю і розвитком АНГСК [65].

Зазначимо, що на наш погляд не слід однозначно відносити АНГСК пов'язаний з алкоголем, до нетравматичних варіантів АНГСК [28], оскільки загальновідомий вплив алкоголю на ризики виникнення травм. А з огляду на певну соціальну несхвальність алкогольної залежності та часту наявність розладів пам'яті у структурі алкогольного сп'яніння, цінність анамнестичних даних стосовно травм і падінь на суглоби у осіб з високим рівнем вживання алкоголю є сумнівною.

Неоднозначними щодо зв'язку генетичних особливостей і алкоголь-пов'язаних випадків АНГСК є результати роботи Guo та співавт. [66], які з'ясували, що CARMEN/MiR143HG (некодуєча РНК, пов'язана з енансером серцевої мезодерми) пов'язаний з ризиком некрозу головки стегнової кістки, а причиною некрозу головки стегнової кістки є обструкція мікросудинного кровообігу. Автори не знайшли зв'язок між варіантами CARMEN та ризиком індукованим алкоголем АНГСК у осіб старших 45 років, але було виявлено,

що є варіанти CARMEN, пов'язані зі зниженим ризиком пов'язаного з алкоголем АНГСК у осіб молодших за 45 років.

В лабораторних дослідженнях встановлено, що хронічне порушення циркадного ритму в поєднанні з вживанням великої кількості жирної їжі може потенціювати ураження суглобів [67]. Подібні ж порушення можуть спостерігатися і в структурі тривожних і афективних розладів.

Наразі превенція не пов'язаних з травмами випадків АНГСК вимагає: відмову від надмірного вживання алкоголю, відмову від куріння і зниження дози кортикостероїдів до мінімально можливої терапевтичної дози [28]. Сучасна стратегія профілактики допоки не в повній мірі враховує єдність психічного і соматичного компонентів здоров'я і вплив психічних факторів на перебіг захворювань.

В стратегії профілактики варто враховувати фактори, що знижують готовність брати участь у медичних оглядах: переконання, що людина в даний час здорова; брак часу; переконання, що процедури скринінгу надто складні для розуміння; фізичний біль або негативні емоції, такі як страх, занепокоєння, збентеження та дискомфорт, та переживання негативного досвіду під час попереднього огляду стану здоров'я [68]. Таким чином, фізичний дискомфорт і біль, які виникають при АНГСК, з одного боку, впливають на збільшення ризиків прогресування захворювання, а з іншого – заважають пацієнтам вчасно звертатися за медичною допомогою, що у підсумку призводить до необхідності ендопротезування кульшових суглобів, як єдиного варіанта лікування пізніх стадій.

Стосовно пацієнтів з АНГСК, слід використовувати цілісний підхід до оцінки та лікування, подібний до того, що запропонований в рекомендаціях NICE CG177 [69]. Серед іншої інформації про пацієнта варто дізнаватися про настрій та вплив стресу, якість сну, вплив больового синдрому на якість життя, соціальну ізоляцію тощо.

За даними дослідження Н.М. Richard та співавт., виявлено, що чим про більшу кількість симптомів психічного здоров'я повідомлялося перед

операцією на кульшовому суглобі, тим вище прогнозована оцінка болю через шість місяців після оперативного втручання, проте психічні симптоми, про які повідомляли пацієнти, істотно зменшувалися після операції. Пацієнти, які були оглянуті психологом два або більше разів, повідомили про кращі результати через шість місяців після операції, ніж пацієнти, які спостерігалися один раз [70].

Фахівці вказують на недосконалість наявних методів лікування АНГСК та необхідність подальшого вивчення індивідуальних для кожного пацієнта факторів, стану здоров'я, супутніх захворювань і рівня активності пацієнтів для досягнення в результаті комплексного лікування стійкої тривалої ремісії [71].

1.3. Сучасні аспекти надання допомоги та корекційних заходів при несихотичних психічних розладах у хворих на АНГСК

Традиційний підхід до лікування пацієнтів з АНГСК не передбачає залучення фахівців у сфері психічного здоров'я до надання допомоги таким пацієнтам [72]. Проте сам факт важкого захворювання, яке обмежує функції пересування може розглядатися як психічна травма, яка може призводити до порушення процесів психічної адаптації [73]. В підсумку, через психосоматичні механізми, це призводитиме до формування певних психогенних психічних розладів [74,75]. На основі об'єднаних даних з Норвезької бази даних рецептів та Норвезького реєстру артропластики з'ясовано, що тотальне ендопротезування кульшового суглобу зменшує призначення анальгетиків, снодійних та анксиолітиків, але не антидепресантів [76]. Реалізуючи інший підхід, який включатиме комплексний вплив на психіку пацієнта з використанням психотерапії, психоосвіти, психофармакотерапії, ми можемо досягти позитивного впливу на наявні НПР у пацієнтів з соматичною патологією, зокрема АНГСК [73].

Виявлено, що поточна практика зазвичай не використовує психологічні впливи при плануванні оперативних втручань хворим ортопедичного

профілю, незважаючи на докази того, що певні фактори, такі як особистість, тривога, депресія та негативне мислення, можуть впливати на результати та відновлення після операції [72].

Оскільки світова і вітчизняна системи охорона здоров'я продовжують перехід на впровадження даних доказової медицини в практичну діяльність, лікарі повинні виявляти та аналізувати окремі фактори, пов'язані з пацієнтом, які впливають на результати лікування. Розуміючи вплив особистісних характеристик пацієнта на результати протезування суглобу, лікарі можуть досягти більш високих результатів лікування пацієнтів, використовуючи найкращі передопераційні поради.

За даними DiRenzo & Finan, програми самоменеджменту, втручання на основі уважності та когнітивно-поведінкова терапія є більш ефективними для покращення болю та розладів настрою порівняно зі звичайним доглядом за пацієнтами з ураженням суглобів [77]. Недоліком цього дослідження є відсутність рандомізованих контрольованих клінічних досліджень високої якості.

Серед ефективних методик, які використовуються для впливу на психічний стан осіб з АНГСК виділяють психоосвіту, мотиваційне інтерв'ювання, керовані образи, когнітивно-поведінкова терапія та релаксаційної терапії [72].

Дослідження в систематичному огляді Sorel та співавторів показують, що периопераційні втручання, спрямовані на усунення психологічного стресу у пацієнтів, які отримують тотальне ендпротезування колінного суглоба, позитивно впливають на післяопераційний біль, функцію суглоба та якість життя [78].

Стосовно пацієнтів з остеоартрозом колінного суглобу, поєднаного з надмірною вагою та депресією використовують програму забезпечення стійкості до релаксації – GetActive-OA [79]. Greenberg та співавтори встановили, що програми психофізичної активності і фізичної активності для пацієнтів з хронічним болем здійсненні, прийнятні, заслуговують довіри і

приносять велике задоволення [80]. Крім того, програми демонструють потенціал для поліпшення фізичних функцій, болю і пов'язаних з цим копінг-стратегій, а також інших психосоціальних змінних [80].

Таблиця 1.1

Зміст програми GetActive

Номер сесії	Отсновні теми занять
1	Міфи про біль, усвідомлення тіла, спіраль інвалідності, постановка завдань SMART, визначення темпу активності на основі квот, подяка
2	Бар'єри активності, поєднання кроків із повсякденною діяльністю, релаксація проти стресової реакції, глибоке дихання, одноточкова медитація, сканування тіла, гігієна сну
3	Уважне усвідомлення, усвідомлення болю, попереджувальні сигнали про стрес, соціальна підтримка, цикл болю, медитація під час ходьби
4	Рух для заборони реакції на розслаблення, поєднання активності з розумовими та тілесними навичками, негативні автоматичні думки та адаптивне мислення
5	Керовані образи, адаптивне мислення, здорове харчування, «Стій, дихай, розмірковуй, вибирай» від стресу та болю
6	Медитація люблячої доброти, розвиток оптимізму, сигнали розслаблення, «Повернення на правильний шлях» після перерви у діяльності
7	Вирішення проблем та прийняття, співчуття та співчуття, медитація на основі споглядання для управління болем та активності
8	Гумор і сміх, «Ідеалізоване Я» для продовження використання навичок після програми, збереження стійкості у боротьбі з болем, огляд навичок стійкості

В межах психологічного втручання визначені теми і підтеми психологічних втручань для хворих з протезуванням великих суглобів [81]:

- проблеми життя з хронічним болем
- соціальне функціонування.
- фізичне функціонування.

- емоційне функціонування.
- сприйняття специфічних навичок для задоволення потреб пацієнтів з хронічним болем
- сприйняття додаткових навичок, спрямованих на емоційний і фізичний функціонування
- специфічні навички болю.
- навички фізичної активності.
- бар'єри та посередники

Таблиця 1.2

Теми і навички психологічних втручань

Сесія	Тема	Навички
1	2	3
1	Знеболення, управління стресом та навчання стійкості	Міфи про біль; усвідомлення тіла; постановка задач SMART діяльності; регулювання активності
2	Навички релаксації для керування больовим сигналом	бар'єри діяльності; поєднання кроків із повсякденною діяльністю; релаксація проти стресової реакції; глибоке дихання; спати; медитація
3	Поінформованість про стресу та симптоми у пацієнта з хронічним болем	Уважне усвідомлення; попереджувальні сигнали про стрес; Соціальна підтримка; цикл болю
4	Лікування хронічного болю розуму та тіла	Парна активність з умінням та тілом; негативні автоматичні думки та адаптивне мислення
5	Створення адаптивної перспективи	Керовані зображення; здорове харчування; "Зупинися, дихай, поміркуй, вибери" і посилається на хронічний біль.

Продовження таблиці 1.2

1	2	3
6	Просування позитиву	Медитація люблячої доброти; оптимістичне оповідання; сигнали релаксації; здорові звички та зв'язок з хронічним болем
7	Зціляючі стани розуму	Вирішення проблем та прийняття; співчуття та співчуття; споглядання і як вони допомагають впоратися з болем та активністю.
8	Гумор, співчуття та стійкість	Гумор та сміх; залишатися стійким до знеболювання; огляд навичок стійкості

У нашій роботі для ранньої діагностики непсихотичних психічних порушень порушень ми враховуємо дані про:

1. Тип відношення до хвороби
2. Емоційні та особистісні реакції:
 - a. тривога,
 - b. депресія,
 - c. алекситимія,
 - d. самооцінка,
 - e. акцентуації характеру.
 - f. алкоголізація
 - g. рівень болю

Враховуючи, що знижений настрій впливає на сприйняття хронічних захворювань, психічні розлади можуть модулювати зв'язок між симптомним тягарем АНГСК та зниженням ЯЖ у пацієнтів із АНГСК.

Висновки до розділу 1

Аналіз сучасної наукової літератури з проблеми НПР у хворих на АНГСК показав, що наявність тривоги, депресії у означеної категорії пацієнтів може призводити до зниження суб'єктивно оцінюваних результатів лікування, та, відповідно, зниженню якості життя, пов'язаного зі здоров'ям.

З урахуванням накопиченого досвіду щодо особливостей неспихотичних психічних розладів у хворих на АНГСК, залишаються ще невирішеними питання поширеності неспихотичних психічних розладів у означеної категорії осіб, їхній вплив на перебіг АНГСК та післяопераційну реабілітацію, а також вплив на компоненти якості життя, пов'язаного зі здоров'ям.

Через високу поширеність АНГСК у осіб чоловічої статі та переважно молодого працездатного віку, потребують уточнення гендерно-вікові особливості НПР.

Потрібні подальші дослідження для формулювання досконаліших стратегій діагностики та лікування НПР у пацієнтів з АНГСК, а також визначення їхнього впливу на важкість перебігу захворювання. Одним з варіантів надання допомоги стосовно психічних розладів у осіб з АНГСК є їхня діагностика та корекція.

Окрім цього, враховуючи біопсихосоціальну концепцію хвороб, необхідно порахити розуміння впливу особливостей особистості, зокрема алекситимії, на виникнення та перебіг АНГСК, та на показники ЯЖ цих пацієнтів.

Матеріали даного розділу дослідження відображені у наступних публікаціях [82].

РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Дослідження було проведено з дотриманням принципів біоетики та деонтології на базі ортопедо-травматологічного відділення № 2 (ендопротезування великих суглобів) Комунального закладу «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова» Дніпропетровської обласної ради». Дисертаційну роботу виконано за дизайном проспективного дослідження. Етичний комітет ДДМУ затвердив дизайн дослідження, як таке, що відповідає принципам біоетики та деонтології.

2.1. Загальна характеристика вибірки та дизайн дослідження

У дослідженні, що проводилося протягом 2016 – 2019 років, за умови інформованої згоди, взяли участь 137 осіб. Критеріями включення у дослідження були:

1. Вік пацієнтів від 18 до 80 років.
2. Наявність встановленого діагнозу «АНГСК». Усі пацієнти хворіли на АНГСК, підтверджений відповідними медичними висновками лікарів-травматологів відповідно до чинних критеріїв.
3. Передопераційний період (перша-друга доба надходження у стаціонар). У всіх випадках виконано оперативне втручання та заміщення тазостегнового суглоба (ендопротезування).
4. Наявність НПР.
5. Можливість проведення на передопераційному етапі психопатологічного та патопсихологічного обстеження в повному обсязі.
6. Підписана інформована згода на участь пацієнта в дослідженні.

Критерії виключення пацієнтів:

1. Наявність важких соматичних захворювань у стані декомпенсації.

2. Наявність психотичних психічних розладів, зокрема в анамнезі.

3. Вживання глюкокортикоїдів протягом останнього року перед госпіталізацією.

4. Відмова пацієнта від огляду психіатром.

Відповідно до плану дослідження були передбачені наступні етапи: формування груп дослідження, психодіагностика до лікування, оцінювання результатів дослідження. За період лікування всіх хворих було обстежено на початку терапії (1-2 доба після госпіталізації) та через 6 місяців.

На першому етапі роботи, після включення пацієнтів у дослідження здійснювали порівняльний аналіз соціально-демографічних та анамнестичних даних, клініко-психопатологічних, патопсихологічних та психометричних особливостей та призначення комплексного лікування.

Під час першого для виявлення симптомів НПП використовували: 1) напівструктуроване інтерв'ю на основі розробленої карти опитування для оцінювання анамнестичних та соціально-психологічних характеристик пацієнтів; 2) дані медичної документації; 3) психодіагностичні методи: оцінювання психіатричних симптомів з використанням методики SCL-90-R (Symptom Checklist 90-Revised); опитувальник депресії Бека (Beck Depression Inventory – BDI-II) для визначення вираженості депресії; методика дослідження типу ставлення до хвороби (ТОБОЛ); опитувальник тривоги Бека (BAI) для оцінки тривоги, а тесту тривожності Тейлор (TMAS) для оцінки тривожності, шкалу безнадійності Бека (BHS) для оцінки песимізму до майбутнього, Торонтську шкалу алекситимії (TAC-20) для оцінки алекситимії, тест AUDIT для виявлення розладів, обумовлених вживанням алкоголю та опитувальник із якості життя SF-12.

На другому етапі, на основі узагальнення отриманих даних, проводили обґрунтування, розробку і впровадження заходів, спрямованих на усунення синдромальних НПП шляхом фармакотерапії або поєднання її з психотерапією.

На кінцевому етапі (6 місяців від початку терапевтичної роботи) оцінювали ефективність впровадження розроблених заходів повторюючи оцінювання психіатричних симптомів з використанням методики SCL-90-R (Symptom Checklist 90-Revised); визначення вираженості депресії за опитувальником депресії Бека (BDI-II); оцінку вираженості тривоги за опитувальником тривоги Бека (BAI), дослідження типу ставлення до хвороби (ТОБОЛ) та оцінку якості життя за опитувальником SF-12.

Вибірку склали 92 чоловіки (67,2%) та 45 жінок (32,8%). Середній вік пацієнтів включених у дослідження склав $52,01 \pm 11,29$ років. Ретроспективно, по даним первинного обстеження пацієнтів було розподілено на дві групи залежно від тривалості захворювання: ОГ1 – з тривалістю до 5 років та ОГ2 – з тривалістю більше 5 років.

Відсутність статистично значущих розбіжностей між ОГ1 та ОГ2 ($p > 0,05$) свідчила про їх однорідність та можливість проведення порівняльного аналізу (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Соціально-демографічна характеристика пацієнтів з АНГСК

Показники	Всі (n= 137)	ОГ1 (n=55)	ОГ2 (n=82)	p
1	2	3	4	5
Стать, n (%)				
Чоловіки	92 (67,2)	39 (70,9)	53 (64,6)	0,44
Жінки	45 (32,4)	16 (29,1)	29 (35,4)	
Вік (M(SD):	52.0 (11.3)	47,3 (10,6)	55,2 (10,6)	<0,001
- Me (Q1;Q3)	54 (45;60)	46 (37;55)	57 (51;62)	
Вікові періоди				
Молодий 18-44	33 (24,2)	22 (40)	11 (13,4)	0,004
Средній 45-59	63 (46,0)	23 (41,8)	40 (48,8)	0,42
Літній 60-74	39 (28,4)	10 (18,2)	29 (35,4)	0,03
Старечій 75-89	2 (1,4)	-	2 (2,4)	0,24

1	2	3	4	5
Сімейний стан:				
- Самотні	10 (7,3)	7 (12,7)	3 (3,7)	0,05
- У шлюбі	93 (67,9)	41(74,6)	52 (63,4)	0,17
- вдівець/ розлучений	34 (24,8)	7 (12,7)	27 (32,9)	0,007
Рівень освіти				
- середня	14 (10,2)	8 (14,5)	6 (7,3)	0,17
-середня спеціальна	56 (40,9)	26 (47,3)	30 (36,6)	0,21
- вища	67 (48,9)	21 (38,2)	46 (56,1)	0,04
Соціальний статус				
- працюючий	48 (35,0)	22 (40)	26 (31,7)	0,32
- непрацюючий	89 (65,0)	33 (60)	56 (68,3)	0,32
Інвалідність				
- відсутня	107 (78,1)	43 (78,2)	64 (78,0)	0,98
II група	17 (12,4)	7 (12,7)	10 (12,2)	0,93
III група	13 (9,5)	5 (9,1)	8 (9,8)	0,89
Ураження суглобів				
- однобічне	77 (56,2)	35 (63,6)	42 (51,2)	0,15
- двобічне	60 (43,8)	20 (36,4)	40 (48,8)	0,15

Примітка: розбіжності між розподілами за критерієм χ^2 Пірсона

Порівнюючи пацієнтів основних груп виявлена відмінність у віці, яку можна пояснити методикою розподілу між групами. Пацієнти молодого віку більше представлені у першій групі, а літні пацієнти – у другій, з тривалістю захворювання більше 5 років. Пацієнти ОГ2 мають більшу тривалість АНГСК і, відповідно, більшу тривалість життя. Тим самим пояснюється і

відмінності в сімейному статусі. Зі збільшенням віку зростають і частоти самотійного проживання.

Загалом для багатьох пацієнтів з АНГСК було властиво незадоволеність особистим життям, так зі збільшенням тривалості захворювання зменшується кількість задоволених, а кількість незадоволених і байдужих збільшується, проте без достовірної відмінності (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Розподіл пацієнтів з АНГСК за ставленням до особистого життя

Показники	Всі пацієнти (n= 137)	ОГ1 (n=55)	ОГ2 (n=82)	p
1	2	3	4	5
Ставлення до особистого життя , n (%)				
задоволені	51 (37,2)	27 (49,1)	24 (29,3)	0,02
незадоволені	62 (45,3)	21 (38,2)	41 (50)	0,17
байдужі	24(17,5)	7 (12,7)	17 (20,7)	0,23
Суб'єктивна соціальна оцінка хворого:				
підвищена	1 (0,7)	0	1 (1,2)	0,16
нормальна	50 (36,5)	24 (43,6)	26 (31,7)	0,41
знижена	82 (59,9)	28 (50,9)	54 (65,9)	0,08
відсутня	4 (2,9)	3 (5,5)	1 (1,2)	0,14
Преморбідний фон хворого				
ранимість	16 (11,7)	9 (16,4)	7 (8,5)	0,16
мстивість	18 (13,1)	9 (16,4)	9 (11,0)	0,36
послужливість	4 (2,9)	1 (1,8)	3 (3,7)	0,52
підвищена вимогливість	23 (16,8)	9 (16,4)	14 (17,1)	0,91
самообмеження	34 (24,8)	14 (25,4)	20 (24,3)	0,88
соромливість	30 (21,9)	9 (16,4)	21 (25,6)	0,34

1	2	3	4	5
неповноцінність	6 (4,4)	2 (3,6)	4 (4,9)	0,72
емоційна скутість	6 (4,4)	2 (3,6)	4 (4,9)	0,72
Поведінка у колективі				
Товариськість	33 (24,1)	19 (34,6)	14 (17,1)	0,02
Безкорисливість	18 (13,1)	7 (12,7)	11 (13,4)	0,91
Вразливість	14 (10,2)	1 (1,8)	13 (15,8)	0,01
Егоїстичність	7 (5,1)	2 (3,6)	5 (6,1)	0,51
Замкнутість	48 (35,1)	17 (30,9)	31 (37,8)	0,41
Запальність	14 (10,2)	9 (16,4)	5 (6,1)	0,05
Конфліктність	3 (2,2)	0	3 (3,7)	0,15

Примітка: розбіжності між розподілами за критерієм χ^2 Пірсона

2.2. Характеристика методів дослідження

Вибір методів був обумовлений метою і завданнями дисертаційного дослідження. У роботі використані: клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, патопсихологічний, психометричний методи та методи математичної статистики.

Проводилося клініко-психопатологічне дослідження за загальноприйнятою схемою. Воно містило збір скарг, даних анамнезів захворювання та життя, психічного і соматичного статусів. Проводився ретроспективний аналіз історій хвороб та іншої медичної звітної документації хворих на АНГСК, які знаходились на стаціонарному лікуванні.

Для проведення структурованого інтерв'ю використовували спеціально розроблену карту клініко-психопатологічного обстеження, що вміщує окрім загальних запитань для з'ясування соціально-демографічного статусу хворих, питання щодо трудового та діагностичного маршрутів, відношення до особистого життя, соціалізації тощо.

У хворих на АНГСК збирали анамнестичні дані, проводили діагностичні бесіди, під час яких здійснювалося вивчення скарг, ретельно спостерігали за поведінкою хворих. Оцінку скарг проводили для виявлення психопатологічних порушень стосовно різних психічних сфер. Діагностику психічної патології проводили відповідно до критеріїв МКХ-10.

2.2.1. SCL-90-R методика (Symptom Checklist 90-Revised)

Опитувальник виразності психопатологічної симптоматики Symptom Check List-90-Revised (SCL-90-R) є поширеною методикою оцінки психопатологічних проявів як у здорових осіб, так і осіб з психічною патологією. Методика демонструє високу валідність та надійність. Цей опитувальник є корисним інструментом для визначення актуального психологічного симптоматичного статусу обстежуваного [83]. Опитувальник складається з 90 запитань, кожне з яких оцінюється на п'ятибальній шкалі, де 0 балів відповідає відсутності симптомів, а 4 бали – вираженню симптомів на найвищому рівні. Результати аналізуються за дев'ятьма клінічними шкалами: соматизації, obsесивно-компульсивних розладів, міжособистісної чутливості, депресії, тривожності, ворожості, фобічної тривожності, паранойяльних симптомів і психотизму. Кожен з симптомів оцінюється кількісно в залежності від його виразності за показниками.

2.2.2. Опитувальник депресії Бека (Beck Depression Inventory- BDI-II).

Оцінку депресії проводили за допомогою шкали депресії Бека (BDI-II), яка розроблена на основі клінічних спостережень, що дозволяє виявити найбільш значущі симптоми депресії зі скарг пацієнта [84,85]. Пацієнт отримував опитувальник BDI-II, який містить 21 питання про симптоми депресії. Кожна питання містить 4-5 тверджень, які відповідали специфічним проявам депресії. Пацієнт самостійно заповнював опитувальник, присвоюючи кожному твердженню значення від 0 до 3 залежно від ступеня

вираженості симптому. Сумарний бал опитувальника становив від 0 до 62, знижуючись при поліпшенні стану пацієнта.

2.2.3. Опитувальник тривоги Бека (*Beck Anxiety Inventory – BAI*)

Вираженість тривоги також оцінювали за допомогою шкали тривоги Бека (BAI), яка побудована подібно до BDI-II. Значення до 21 бала означає незначний рівень тривоги, від 22 до 35 балів – середній рівень тривоги, а значення понад 36 балів (при максимальному значенні 63 бали) свідчить про дуже високий рівень тривоги [86]. Незважаючи на відсутність субшкал і неможливість виокремлення особистісної тривожності від ситуативної, методику широко використовують в клінічній практиці, коли є підозра, що соматичний розлад має коморбідність з тривогою [87].

2.2.4. Шкала безнадійності Бека (*Beck Hopeless Scale – BHS*)

Шкала безнадійності Бека вимірює виразність негативного ставлення суб'єкта до свого майбутнього. Особливу цінність дана методика представляє як непрямий індикатор суїцидального ризику у пацієнтів, які страждають на депресію [88–90]. Шкала безнадійності Бека (BHS) складається із двадцяти тверджень. При відповіді респондент висловлює свою згоду або незгоду з кожним твердженням відповідно до запропонованих варіантів відповіді: Зовсім невірнo, Швидше невірнo, Швидше вірнo, Дуже вірнo.

2.2.5. Методика дослідження якості життя

Однією з основних методик, використаних в даному дослідженні, була оцінка якості життя (ЯЖ) хворих. Використовувався опитувальник із якості життя SF-12 (License number: QM034245). Цей опитувальний складається з 12 пунктів, та здатний надавати інформацію про стан фізичного та психічного здоров'я, як і тест SF-36, з співставною точністю і в той же будучи набагато простішим для респондентів, що особливо актуально при комплексному дослідженні пацієнтів за допомогою психологічних шкал та опитувальників [91,92]. Показники кожної шкали вимірюються у балах (від 0 до 100), причому більш висока оцінка указує на більш високий рівень ЯЖ. Значення

показників фізичного та психічного компонентів здоров'я від 0 до 20 балів відповідають поганій якості життя; 21–40 – посередньому; 41–60 - хорошому; 61–80 - дуже хорошому; 81–100 – відмінному.

Значення інтегрального показника ЯЖ визначається шляхом обчислення середньоарифметичного з суми показників [93]. Шкали тесту дозволяють оцінити два інтегральних показники, що характеризують ЯЖ: «фізичний компонент здоров'я» (PCS) та «психічний компонент здоров'я» (MCS).

2.2.6. Оцінювання алкогольної залежності

Наявність алкогольної залежності оцінювали з використанням тесту AUDIT [94], який забезпечує точний вимір ризику алкогольної залежності за статтю, віком і культурою. Тест складається з 10 запитань про нещодавнє вживання алкоголю, симптоми алкогольної залежності та проблеми, пов'язані з алкоголем. До переваг AUDIT відносяться міжнаціональна стандартизація, можливість визначити небезпечне та шкідливе вживання алкоголю, а також можливу залежність відповідності критеріям МКХ-10. Кожне запитання має набір відповідей на вибір, і кожна відповідь має оцінку від 0 до 4. Загальна кількість балів 10 або більше рекомендована як показник небезпечного та шкідливого вживання алкоголю, а також можливої алкогольної залежності. Цей тест та його похідні показали достатню потужність в українській популяції [95,96].

2.2.7. Шкала тривожності Тейлор

Шкала тривожності Тейлор була розроблена для виявлення людей, які могли б стати хорошими суб'єктами для вивчення стресу та інших пов'язаних з ним психологічних явищ. Вона використовується як міра тривожності як загальної риси особистості [97]. Тривога являє собою складну психологічну конструкцію, яка включає безліч різних аспектів, пов'язаних з сильним занепокоєнням, яке може порушувати нормальне функціонування. Шкала базується на п'яти основних факторах: хронічна тривога або тривога,

підвищена фізіологічна реактивність, порушення сну, пов'язані з внутрішньою напругою, почуття особистої неадекватності та рухова напруга. Загальна оцінка на шкалі визначається наступним чином: 40-50 балів вказують на дуже високий рівень тривоги; 20-40 балів – на високий рівень; 15-25 балів – на середній рівень з тенденцією до високого; 5-15 балів – на середній рівень з тенденцією до низького; 0-5 балів – на низький рівень тривоги.

2.2.8. Методика ТОБОЛ

Для реалізації типологічного підходу у вивченні особистості хворих у дослідженні використовувався опитувальник ТОБОЛ [98]. В основі опитувальника покладені роботи А.Є. Лічко та Н.Я. Іванова, які запропонували клініко-психологічну типологію, що включає 12 типів реагування на хворобу: сенситивний, тривожний, іпохондричний, меланхолійний, апатичний, неврастенічний, егоцентричний, паранойяльний, анозогнозическій, дисфоричний, ергопатіческій і гармонійний. Ці типи поділені на 3 блоки: умовно-адаптивний, інтрапсихічно-дезадаптивний і інтерпсихічно-дезадаптивний. Тест відрізняється від інших тестів своєю структурою, що полягає в тому, що він містить списки тверджень, на кожному з яких респонденту потрібно вибрати 1 або 2 відповіді (на відміну від тестів, в яких потрібно відповісти на ряд питань так / ні або ступенем згоди з твердженням).

Під час тестування пацієнту надається бланк з 12 групами тверджень, у кожній з яких міститься від 10 до 16 тверджень. Він має вибрати одне або два твердження з кожної групи, які найкраще відображають його стан. Якщо жодне з тверджень не відповідає актуальному стану, потрібно вибрати «Жодне твердження мені не підходить».

Для аналізу та тлумачення результатів тестування використовують шкалу (або шкали), яка має найбільшу суму діагностичних коефіцієнтів. Потім перевіряють, чи існують інші шкали, оцінки яких не відрізняються від

максимальної на більше ніж 7 балів та перебувають у діагностичній зоні. Якщо максимальна оцінка єдина та немає інших шкал у діагностичній зоні, то діагностикують тільки тип, який відповідає цій шкалі. Якщо у діагностичний інтервал, що складає 7 балів, потрапляють ще одна або дві шкали, то діагностикують змішаний тип, який позначають відповідно назвами складових його шкал.

2.2.9. Торонтська шкала алекситимії (ТАС-20)

Важливою характеристикою осіб з неспсихотичними розладами є алекситимія. Вона пов'язана з цілим рядом поширених соматичних і психічних розладів, в етіопатогенезі яких, відіграє роль недостатня здатність до модулювання емоційного збудження за допомогою когнітивної переробки [99]. Таким чином алекситимія може бути варіантом низького рівня емоційного інтелекту. Для кількісної оцінки алекситимії використовується 20-пунктова Торонтська шкала алекситимії (ТАС-20). Ця шкала являє собою переглянута і вдосконалена колишня Торонтська шкала алекситимії з 26 пунктів. Вона має три фактори, які відображають основні компоненти алекситимії: труднощі ідентифікації почуттів, труднощі з описом почуттів іншим людям і зовнішньо-орієнтований (екстернальний) тип мислення [100,101]. В Україні для клінічних та наукових цілей вивчення алекситимії широко використовується шкала ТАС-26. Вона не пройшла повної валідизації, включаючи лінгвістичну, тому наявні дані по її психометричним характеристикам не можна вважати повними, що обумовило вибір на користь валідизованої шкали ТАС-20, не дивлячись на відсутність факторної структури у цієї версії шкали в перекладі.

2.3. Статистичні методи дослідження

Процедури статистичного аналізу виконувалися за допомогою статистичного пакету STATISTICA 6.1 (StatSoftInc., Серійний № AGAR909E415822FA). ROC-аналіз з розрахунком площі під ROC кривою та порівняння ROC кривих проводили з використанням програми MedCalc®

Statistical Software version 20.104 (MedCalc Software Ltd, Ostend, Belgium; <https://www.medcalc.org>; 2022) (TRAIL-vesion). Довірчі інтервали для коефіцієнтів кореляції було розраховано за допомогою онлайн-калькулятора Psychometrica.de [102].

Критичне значення рівня статистичної значущості при перевірці усіх нульових гіпотез приймалося рівним 0,05. У разі перевищення досягнутого рівня значущості статистичного критерію цієї величини приймалася нульова гіпотеза.

Описова статистика представлена у вигляді середнього арифметичного зі стандартним відхиленням - (M (SD) при нормальному розподілі кількісних ознак; або медіани (Me) з показниками першого та третього кватилей (Q1; Q3) для даних з розподілом відмінним від нормального. Деякі літературні дані наведені відповідно до оригіналу у вигляді медіани та інтеквартильного розмаху - Me(IQR), або середнього з його похибкою ($M \pm m$).

Для оцінки нормальності розподілу кількісних ознак використовували критерій Шапіро-Уїлка (при $n < 60$) та критерій Колмогорова Смірнова з поправкою Ліліфорса (при $n > 60$) з перевіркою рівності дисперсій за критерієм Фішера.

Для порівняння кількісних ознак використовувалися непараметричний метод: U-критерій Манна-Уїтні або тест Краскела-Уолліса (для оцінки відмінностей між трьома і більше групами). Визначення статистичної значущості у відмінностях якісних та порядкових ознак проводили за критерієм хі-квадрат (χ^2) Пірсона, зокрема з поправкою Йейтса на безперервність, або точним критерієм Фішера. Для оцінки вірогідності відмінностей між залежними групами використовувався Т критерій Вілкоксона, зокрема з поправкою Бонферроні.

Для аналізу взаємозв'язків між різними ознаками проводили кореляційний аналіз з розрахунком коефіцієнтів кореляції Пірсона (r) або рангової кореляції Спірмена (r_s). Слабким вважали зв'язок при величині кореляції $r \leq 0,25$, помірним – при $r = 0,25 - 0,75$ та сильним при $r \geq 0,75$ [103].

Позитивний або негативний знак коефіцієнту кореляції вказував напрямок виявленого зв'язку.

Для оцінки внеску фактору у змінну відгуку використовували однофакторний регресійний аналіз. Рівень впливу визначається за кутовим коефіцієнтом регресії (β). Для усіх моделей було проведено видалення мультиколінеарних (з коефіцієнтом кореляції $\geq 0,7$) факторів та факторів, що несуттєво впливали на змінну відгуку ($p > 0,05$), аналіз залишків, оцінку прийнятності моделі у цілому за допомогою ANOVA з розрахунком критерію Фішера.

Для кількісної оцінки впливу досліджуваних чинників на результат, а також для розробки моделі прогнозування, був використаний логістичний регресійний аналіз [104]. Змінні, які показали статистичну значущість в уніваріантному логістичному аналізі, а також ті, що за даними літературного огляду мали клінічну значущість, були використані у покроковому включенні до множинної логістичної моделі. Для усіх змінних у множинному регресійному рівнянні перевірялося наявність мультиколінеарності та викидів, а кількість спостережень на 1 предиктор перевищувала 10.

Статистична значущість регресійних коефіцієнтів при логістичному аналізі перевірялася за допомогою статистики Вальда. Внесок кожного предиктора, включеного у множинне логістичне рівняння, у ймовірність події оцінювали, використовуючи значення відношення шансів (ВШ), який наведено з 95% ДІ. При включенні у ДІ ВШ одиниці внесок предиктора вважався статистично незначущим.

Узгодження результуючої моделі з вихідними даними перевірялося з розрахунком показника Хосмера-Лемешова, а також додатково – методом максимальної правдоподібності за критерієм χ^2 . Прогностична здатність моделі оцінювалася за допомогою ROC-аналізу з визначенням AUC (95% ДІ) та коефіцієнту зв'язку Д-Зомера (Somers' D).

Для отримання числової величини клінічної значущості отриманої регресійної моделі використовували показник AUC (Area Under Curve) —

площа під кривою, яка оцінює якість моделі наступним чином: 0,9—1,0 — відмінна, 0,8—0,9 — дуже гарна, 0,7—0,8 — гарна, 0,6—0,7 — середня, 0,5—0,6 — незадовільна [105].

Висновки до розділу 2.

В другому розділі представлені дизайн дослідження, етапи, методи які були використані з їх короткою характеристикою, надана загальна характеристика обстежених та основних груп. Доведено, що групи обстежених були однорідними за основними соціально-демографічними характеристиками ($p > 0,05$), що свідчить репрезентативність результатів дослідження та можливість порівняльного аналізу.

У дослідження було включено 92 чоловіки (67,2%) та 45 жінок (32,8%). Віком від 27 до 77 років, середній вік пацієнтів складав $52,01 \pm 11,29$ років. У 77 пацієнтів (56,2%) було однобічне ураження, а у 60 (43,8%) – двобічне.

Психодіагностичний інструментарій, використаний у дослідженні, відповідає меті й завданням дисертаційного дослідження.

Матеріали даного розділу дослідження відображені у наступних публікаціях [75,82].

РОЗДІЛ 3

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ, ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ І ПСИХОМЕТРИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ І ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА АСЕПТИЧНИЙ НЕКРОЗ ГОЛОВКИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ З НЕПСИХОТИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

3.1. Клініко-психопатологічна характеристика неспсихотичних психічних розладів у хворих на АНГСК які потребують ендопротезування.

Загальна синдромальна структура НІР у хворих на АНГСК які потребують ендопротезування представлена на рис. 3.1.

Враховуючи отримані дані було розділено досліджуваних пацієнтів на дві групи ОГ1 – з тривалістю клініки АНГСК до 5 років і ОГ2 – з тривалістю понад 5 років. Для визначення перспективних факторів, що можуть впливати на психічний стан осіб з АНГСК ми провели психопатологічний аналіз неспсихотичних психічних розладів за синдромальною належністю. Провідним синдромом є тривожно-депресивний 49 осіб – 35,8 % (95% ДІ 27,80 – 44,43), депресивно-іпохондричний синдром виявлено 25 осіб – 18,2% (95% ДІ 12,13 – 25,69), астено-депресивний спостерігався у 22 осіб – 16,1 % (95% ДІ 10,38 – 23,34), астено-апатичний діагностовано у 21 особи – 15,3% (95% ДІ 9,72 – 22,44) та тривожно-фобічний мали 20 осіб – 14,6% (95% ДІ 9,15 – 21,64).

Депресивний синдром у різних варіантах (98 осіб – 71,5% хворих) проявлявся симптомами гіпотимії, апатії, ідеаторної та моторної загальмованості, нав'язливими думками про свою «зміненість» внаслідок хвороби, думками про втрачене здоров'я, неможливість одужати та непередбачуваність майбутнього. Ці переживання супроводжувалися астенично-тривожним проявами - слабкістю, підвищеною стомлюваністю,

розладами сну та апетиту, постійним занепокоєнням, внутрішньою напругою зі спалахами дратівливості, дисфорії, коливаннями настрою.

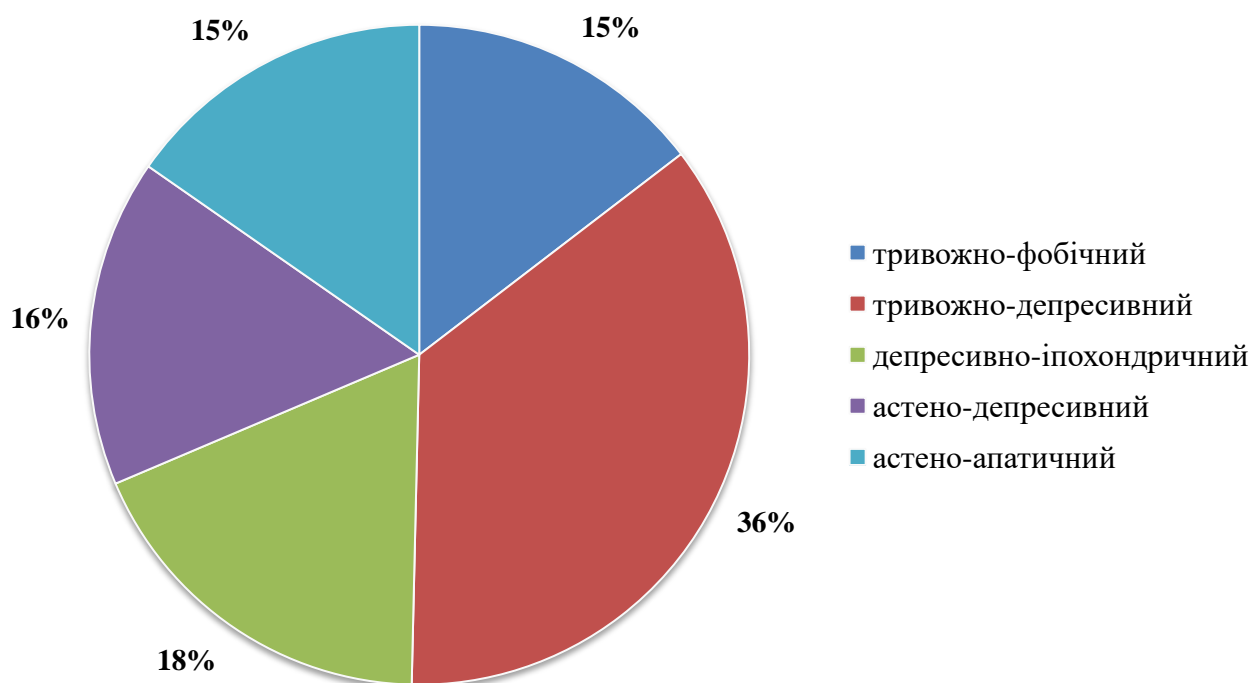


Рис. 3.1. Синдромальна структура НПР у хворих на АНГСК.

Сила та варіабельність проявів астенічного синдрому (43 особи – 31,4% хворих) змінювалася у широких межах: від зростання втомлюваності, зниження працездатності, дратівливості, порушень засинання та апетиту до гнівливості, швидкого психічного виснаження, емоційної лабільності, схильності до депресивних порушень настрою зі стійкими розладами сну та різними соматизованими вегетативними порушеннями (дискомфорт, коливання артеріального тиску, шум і дзвін у вухах, пітливість, тремор тощо).

Клінічна картина тривожно-фобічного синдрому (20 осіб – 14,6%) була представлена нав'язливими тривожними думками про за своє здоров'я та майбутнє, вони поєднувалися з розладами емоцій та поведінки такими як втомлюваність, слабкість, зниження активності, інсомнії, порушення апетиту тощо. Зазначимо, що у вечірній та нічний час посилювалося почуття тривоги

у обстежуваних, також вона посилювалось, коли вони залишалися на самоті зі своїми думками та переживаннями.

Необхідність повторних візитів до лікарів-травматологів разом з неуспішністю консервативного лікування у деяких пацієнтів призводили до зміни психічного стану з формуванням наступних симптомів: фіксація на власному стані здоров'я, незадоволеність лікуванням, пошук інших фахівців і методик лікування, зниження настрою що все разом ставало підґрунтям до формування депресивно-іпохондричного синдрому.

Розподіл обстежених пацієнтів за провідним синдромом залежно від груп представлено у табл. 3.1., дані якої свідчать про майже відсутність відмінностей за провідним психопатологічним синдромом. Наявна відмінність лише за тривожно-фобічним синдромом 25,5 % серед хворих до 5 років хвороби та 7,3 % з тривалістю АНГСК більше 5 років ($p=0,003$), що пояснюється більш вираженою реакцією на хворобу, коли вона тільки виникла, а з іншого боку пацієнти «звикають» до проявів АНГСК та мають вже менший рівень страхів з цього приводу.

Таблиця 3.1

Розподіл хворих за провідним синдромом ННР

Провідний синдром	ОГ1 (n=55)	% (95 ДІ)	ОГ2 (n=82)	% (95 ДІ)	p
тривожно-фобічний	14	25,5 (14,71-39,05)	6	7,3 (2,72-15,23)	$p=0,003$
тривожно-депресивний	17	30,9 (19,14-44,80)	32	39,0 (28,41-50,40)	$p=0,332$
депресивно-іпохондричний	6	10,9 (4,10-22,24)	19	23,2 (14,59-33,83)	$p=0,068$
астено-депресивний	10	18,2 (9,09-30,93)	12	14,6 (7,77-24,13)	$p=0,574$
астено-апатичний	8	14,5 (6,46-26,61)	13	15,9 (8,76-25,64)	$p=0,824$

Примітка: розбіжності між розподілами за критерієм χ^2 Пірсона

Поширеність синдромальних варіантів НІР залежно від тривалості клінічних проявів АНГСК (на передопераційному етапі) наведено на рис. 3.2.

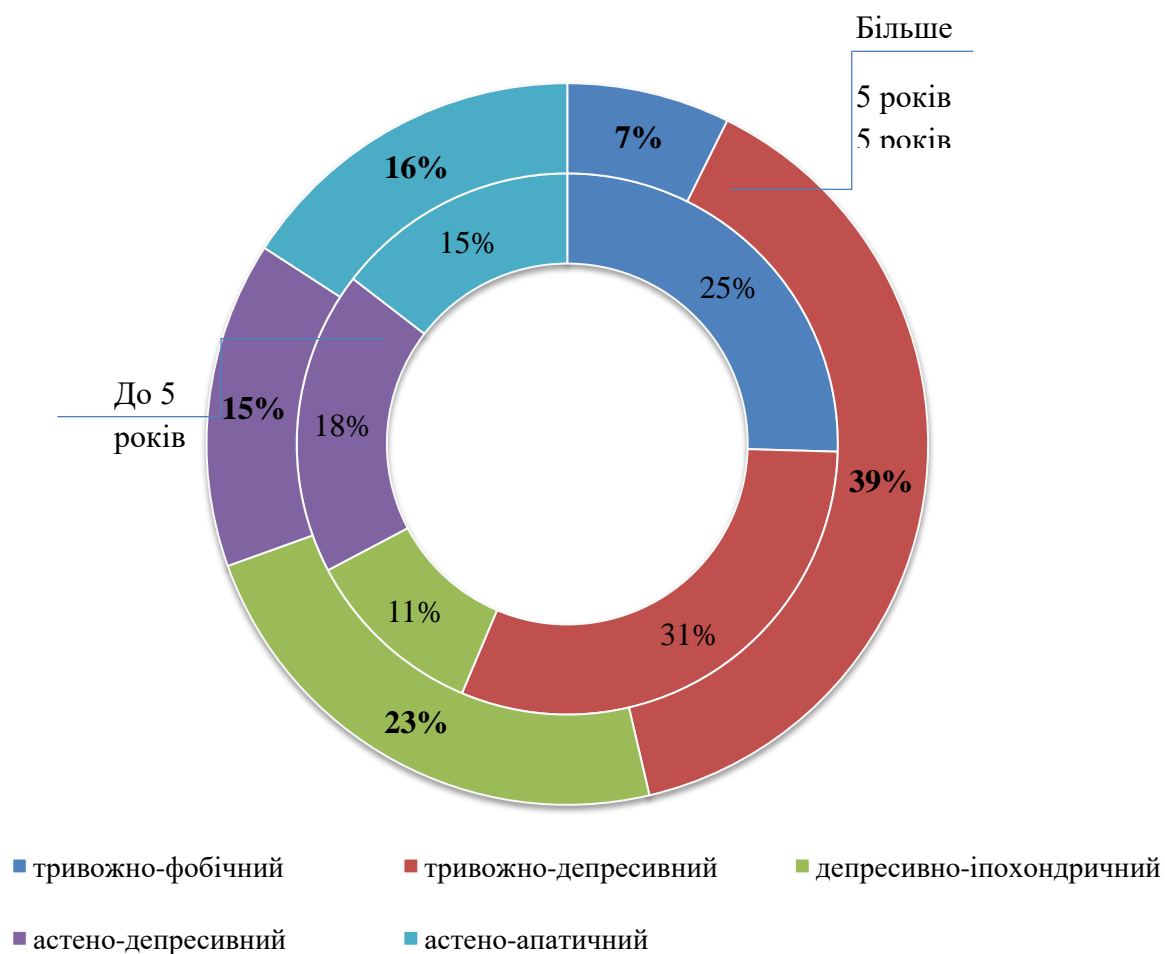


Рис. 3.2. Структура провідних синдромів НІР залежно від тривалості АНГСК

В основній групі 1 превалював тривожно-депресивний синдром - 30,9% (95% ДІ 19,14 – 44,80), на другому місці був тривожно-фобічний 25,5% (95% ДІ 14,71–39,05). В основній групі 2 найбільш поширеним був тривожно-депресивний синдром 39,0 (95% ДІ 28,41–50,40), але без статистичної достовірності в порівнянні з групою 1 ($p=0,332$). Другим за поширеністю став в групі 2 депресивно-іпохондричний синдром 23,2 (14.59-33.83), без статистичної достовірності з групою 1 ($p=0,068$), проте з тенденцією до цього, що можна пояснювати більшою заклопотаністю власним здоров'ям з плином часу на тлі важкого інвалідизуючого захворювання з порушенням такої категорії життєдіяльності як пересування.

Клінічні форми НПР у обстежених хворих разом та в залежності від розподілу на групи представлені в табл. 3.2.

Таблиця 3.2

Розподіл НПР у обстежених хворих на АНГСК

Шифр МКХ-10	Психічні розлади	Усі обстежені, n % (95 ДІ)	ОГ1 n % (95 ДІ)	ОГ2 n % (95 ДІ)	p
1	2	3	4	5	6
F06.33	Органічний депресивний розлад	7 5,11 (1,42-8,8)	2 3,64 (0-8,58)	5 6,1 (0,92-11,28)	0.52
F 06.4	Органічний тривожний розлад	20 14,6 (8,69-20,51)	8 14,55 (5,23-23,86)	12 14,63 (6,98-22,28)	0.99
F 06.6	Органічний емоційно-лабільний (астенічний) розлад	6 4,38 (0,95-7,81)	2 3,64 (0-8,58)	4 4,88 (0,22-9,54)	0.76
F 41.2	Змішаний тривожний і депресивний розлад	50 36,5 (28,43-44,56)	18 32,73 (20,33-45,13)	32 39,02 (28,47-49,58)	0.45
F 43.21	Розлад адаптації, пролонгована депресивна реакція	6 4,38 (0,95-7,81)	6 10,91 (2,67-19,15)	0	0.00
F 43.22	Розлад адаптації, змішана тривожна і депресивна симптоматика	1 0,73 (0,02-2,16)	1 1,82 (0-5,35)	0	0.22

1	2	3	4	5	6
F45	Соматоформні розлади	31 22,63 (15,62- 29,63)	12 21,82 (10,9- 32,73)	19 23,17 (14,04- 32,30)	0.85
F48.0	Неврастенія	16 11,68 (6,3- 17,06)	6 10,91 (2,67- 19,15)	10 12,2 (5,11- 19,28)	0.82

Примітка: розбіжності між розподілами за критерієм χ^2 Пірсона

Достовірна відмінність виявлена лише стосовно розладу адаптації, що пов'язано з клінічними критеріями цього розладу за МКХ-10, відповідно до яких цей розлад може тривати до двох років. Стосовно інших психічних розладів у досліджуваних статистично значуща відмінність в залежності від тривалості АНГСК не була виявлена.

Аналіз вираженості психопатологічної симптоматики у хворих на АНГСК проводився з використанням стандартизованої клінічної шкали SCL-90-R та показав наступні результати (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

**Вираженість психопатологічної симптоматики
за SCL-90-R (Me (Q25;Q75))**

Показник	Всі пацієнти (n=137)	ОГ1 (n=55)	ОГ2 (n=82)	p
1	2	3	4	5
Соматизація	2,08 (1,83; 2,33)	2,08 (1,83; 2,33)	2,17 (1,92; 2,33)	0,70
Обсесивно-компульсивні розлади	0,4 (0,3; 0,5)	0,4 (0,3; 0,5)	0,35 (0,3; 0,5)	0,48

Продовження таблиці 3.3

1	2	3	4	5
Міжособистісна сензитивність	1,78 (1,44; 2,22)	1,78 (1,33; 2,22)	1,78 (1,44; 2,22)	0,69
Депресія	2,00 (1,15; 2,23)	1,77 (0,77; 2,15)	2,08 (1,77; 2,38)	0,003
Тривожність	1,40 (0,60; 2,40)	1,7 (0,8; 2,2)	1,2 (0,6; 2,4)	0,45
Ворожість	0,33 (0,17; 0,33)	0,33 (0,17; 0,33)	0,33 (0,17; 0,33)	0,12
Фобічна тривожність	0,29 (0,21; 0,57)	0,43 (0,29; 1,71)	0,29 (0,14; 0,43)	0,059
Паранояльні симптоми	0,17 (0,17; 0,33)	0,17 (0,17; 0,33)	0,17 (0,17; 0,33)	0,50
Психотизм	0,10 (0,1; 0,2)	0,1 (0,1; 0,2)	0,1 (0,1; 0,2)	0,63
Індекс GSI	1,18 (1,01; 1,29)	1,18 (1,00; 1,28)	1,17 (1,01; 1,3)	0,77
Індекс PSI	54 (50; 57)	54 (49; 59)	53 (50; 56)	0,34
Індекс PSDI	1,94 (1,74; 2,13)	1,87 (1,73; 2,10)	2,03 (1,80; 2,13)	0,22

Примітка: розбіжності між групами за критерієм Манна-Уїтні (U)

Як представлено у табл. 3.3, найбільш високі показники в структурі психопатологічного профілю отримані за шкалами соматизації 2,08 (1,83; 2,33), депресії 2,00 (1,15; 2,23), міжособистісної сенситивності 1,78 (1,44; 2,22) та тривожності 1,40 (0,60; 2,40). Для цієї групи пацієнтів характерна схильність до фіксації переживань на проявах тілесних дисфункцій, іпохондризація через соматизація, вираженість афективної симптоматики. Підвищений рівень міжособистісної сенситивності 1,78 (1,44; 2,22)

пояснюється високим рівнем алекситимії та проявляється внутрішнім занепокоєнням з одночасною складністю у проведенні тонкої диференціації емоцій та почуттів, які переживає людина, а також емоцій і почуттів оточуючих. Це також може проявлятися явищами занепокоєння, відчуттям власної неповноцінності та дискомфорту у процесі міжособистісної взаємодії та комунікацій з іншими людьми.

Розподіл обстежених пацієнтів залежно від тривалості захворювання по шкалі SCL-90-R надано у табл. 3.3. При порівнянні середніх показників за шкалами SCL-90-R у групах дослідження виявлено, що статистично значущий вищий рівень спостерігається лише по шкалі депресії ($p=0,003$). Також є тенденція до відмінності між показниками за шкалою фобічної тривожності $OG1 = 0,43$ (0,29; 1,71), $OG2 = 0,29$ (0,14; 0,43) при $p=0,059$. Це свідчить про значну рівномірність поширеності наявних симптомів психічних розладів у досліджуваних групах.

Загальна вираженість психопатологічної симптоматики або індекс тяжкості дистресу (GSI) у середньому склав 1,18 (1,01; 1,29) балів, що значно перевищує літературні дані здорових осіб в українській популяції 0,35 при $IQR=0,6$ [106].

Узагальнюючі шкали другого порядку зазначимо, що індекс проявлення симптоматики PSI, який демонструє широту симптоматики у обстежених, тобто кількість позитивних відповідей на запитання опитувальника, склав 54 (50; 57) балів, без достовірної відмінності ($p=0,34$) по групах спостереження (рис. 3.3).

Індекс вираженості дистресу PDSI, який відображає рівень симптоматичного дистресу, склав 1,87 (1,73; 2,10) бали у хворих з тривалістю АНГСК до 5 років. У пацієнтів, які страждали на АНГСК більше 5 років цей індекс склав 2,03 (1,80; 2,13) бали (рис. 3.4).

Але при порівнянні за критерієм Манна-Уїтні не було виявлено статистично достовірної різниці між групами спостереження в залежності від тривалості захворювання ($p=0,22$).

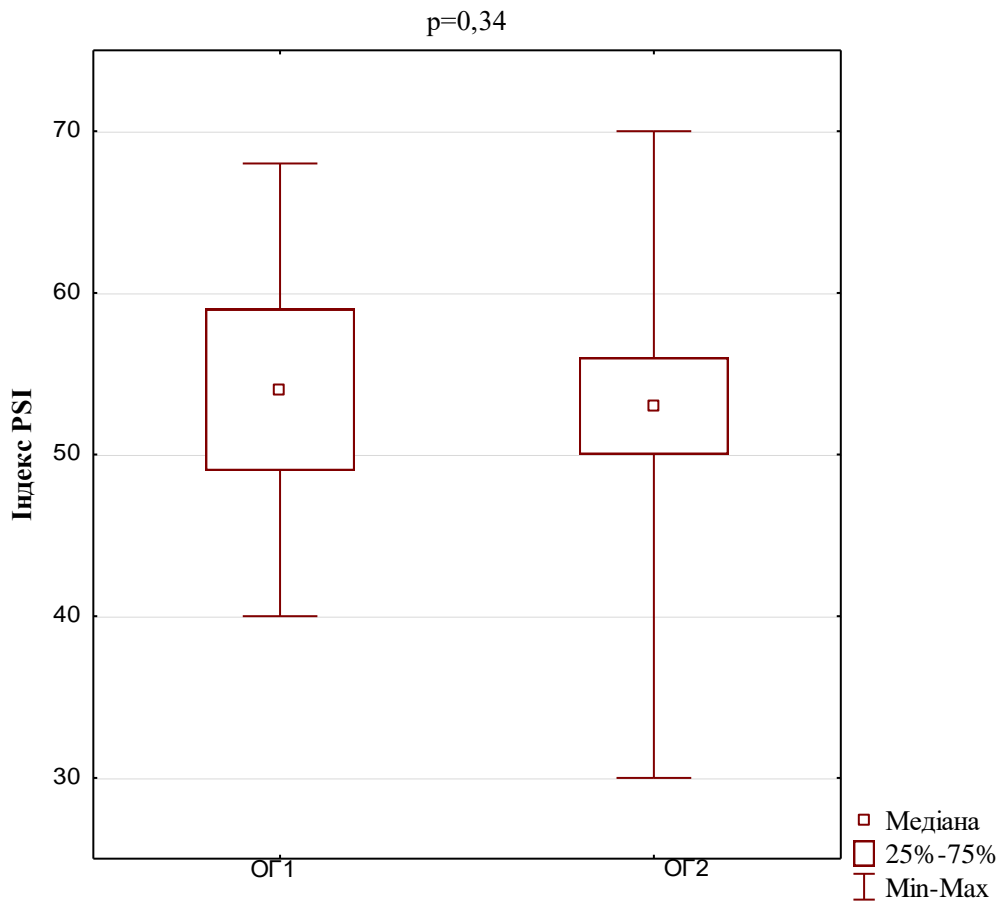


Рис. 3.3. Кількісні показники індексу PSI за даними SCL-90-R

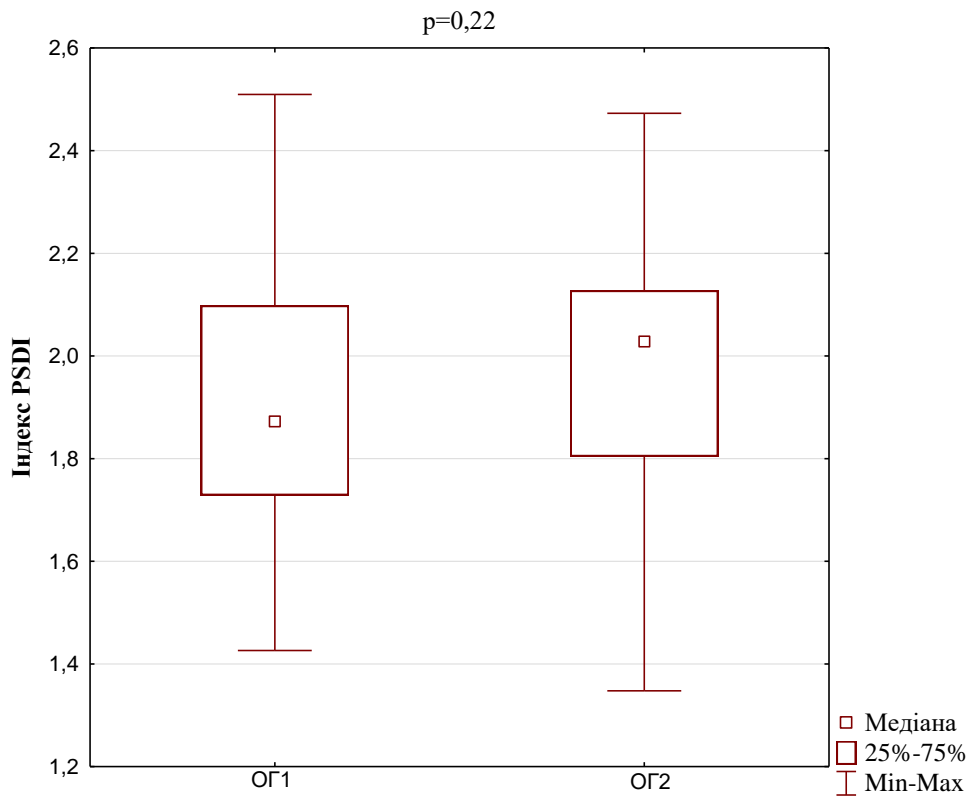


Рис. 3.4. Кількісні показники індексу PDSI за даними SCL-90-R

Використовуючи критерій Дерогатіса $GSI > 1$ доля обстежених з важкими симптомами склала 75,18% (95% ДІ 67.08% – 82.16%), тоді як в популяційному дослідженні 2014 року важкі симптоми спостерігалися у 17% (95% ДІ 15.40% – 18.69%) ($p < 0.001$ за критерієм χ^2).

3.2. Психометрична характеристика непсихотичних психічних розладів у хворих на АНГСК які потребують ендопротезування.

Шкала тривожності Тейлор оцінює рівень особистісної тривожності, як відносно стабільну характеристику особистості, яка проявляє себе у схильності до переживання емоції тривоги в різних складних життєвих ситуаціях. Таким чином людина схильна сприймати стресогенні ситуації як небезпечні або загрозливі і реагувати на них формуванням внутрішньоособистісного конфлікту і, відповідно, емоції тривоги [75].

Таблиця 3.4

Оцінка рівнів тривожності за ТМАС

Показник	Всі пацієнти (n=137)	ОГ1 (n=55)	ОГ2 (n=82)	p*
Тривожність за ТМАС	26 (19; 37)	22 (17; 29)	28,5 (19;39)	0,004
Розподіл за вираженістю тривожності Me (Q1-Q3)				
легка	13 (12; 14)	13 (12; 14)	12,5 (11,5; 13,5)	0,604
помірна	20 (17,5; 22)	21 (18; 22)	19 (17; 21)	0,212
висока	32,5 (28; 38)	29,5 (26; 33)	35 (29; 39)	0,006
дуже висока	41,5 (41; 44,5)	41 (41 ;45)	42 (41;44)	0,704

Примітка: * різниця між групами: за критерієм Манна-Уїтні

Людина з високим рівнем особистісної тривожності постійно перебуває у настороженому та пригніченому настрої, що може свідчити про наявність внутрішньоособистісного конфлікту та через незрілі захисні механізми призводити до формування непсихотичних психічних розладів, а також психосоматичних розладів і захворювань [74,75].

Оцінка рівня тривожності у пацієнтів з АНГСК які потребують ендопротезування виявила (табл. 3.4), що середній бал за ТМАС становив 26 (19;37), що вказує на наявність середньо-високого рівня тривоги у обстежених, при цьому 52,5 відсотків пацієнтів мали високий і дуже високий рівні тривоги. Більшість пацієнтів (40,9%) мають високий рівень тривожності, а 37,9% мають помірний рівень тривожності. Оцінюючи відмінність балів по шкалі тривожності в залежності від тривалості захворювання середній рівень тривожності у першій групі склав 22 (17; 29) бали, а у другій – 28,5 (19; 39) бали та був статистично достовірно більшим у другій групі у порівнянні з першою ($p=0,004$) [107,108].

Але при порівнянні поширеності ступенів важкості тривожності (рис 3.5) статистично значущі відмінності зафіксовані лише стосовно легкої тривожності ($p=0,0229$). Також намічається тенденція до відмінності для дуже високої тривожності між ОГ1 та ОГ2 ($p=0,0607$)

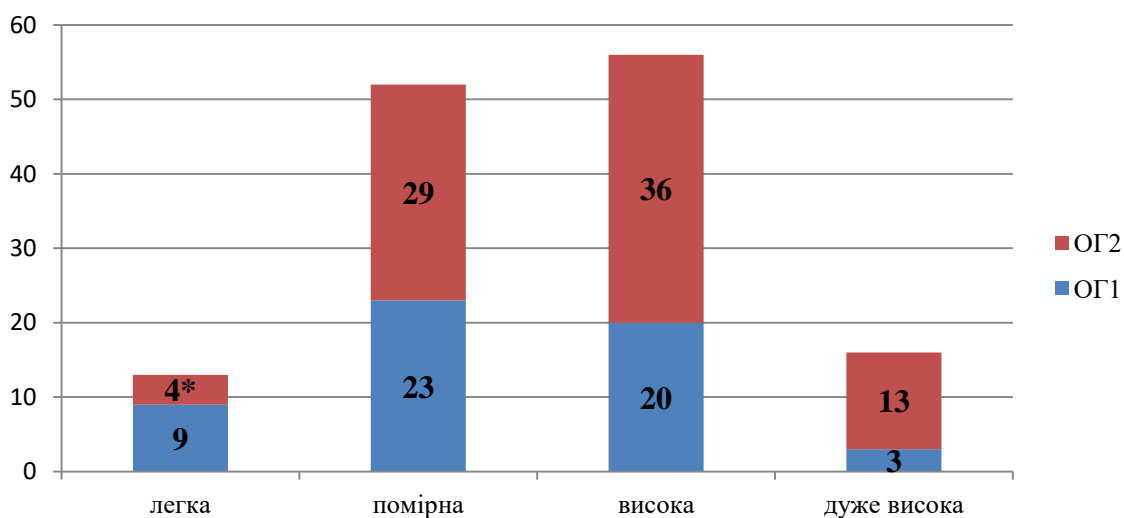


Рис. 3.5. Структура тривожності за вираженістю (n)
(* – $p<0,05$ за критерієм χ^2)

Наступним етапом було визначення рівня тривожності з урахуванням провідного психопатологічного синдрому (табл. 3.5). Статистично значуща відмінність рівня тривожності за тестом ТМАС зафіксовано у пацієнтів з тривожно-фобічним, тривожно-депресивним, депресивно-іпохондричним та астено-апатичним синдромами.

Таблиця 3.5

Рівень тривожності, залежно від провідного синдрому ННР (Me (Q1;Q3))

Синдром	Варіант	Рівень тривожності		p*
		ОГ1 (n=55)	ОГ2 (n=82)	
тривожний	Фобічний	29 (26;35)	40,5(33;44)	0,026
	депресивний	26(22;32)	37(28,5;39,5)	0,007
депресивний	іпохондричний	18,5(14;22)	27(21;34)	0,011
астенічний	депресивний	16,5(16;20)	18,5(17;20)	0,500
	апатичний	14(11,5;21,5)	17(16;39)	0,025

Примітка: * рівень p за критерієм Манна-Уїтні

У осіб з астено-депресивним синдромом рівень тривоги достовірно не відрізнявся в залежності від тривалості захворювання.

Оскільки тест ТМАС вимірює рівень тривожності як особистісну рису, ми додали до дослідження тест ВАІ, який більш підходить для виявлення тривоги, саме як симптому тривожного розладу. 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. 3.6). 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.

Таблиця 3.6

Рівень тривоги, залежно від провідного синдрому НПР

Синдром	Варіант	Рівень тривоги		р*
		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 р за критерієм Мана-Уїтні

Аналізуючи отримані результати слід відзначити відсутність гендерних і вікових відмінностей у поширеності різних рівнів тривоги у обстежених хворих (табл. 3.7., 3.8).

Таблиця. 3.7

Розподіл наявності тривоги у хворих за ВАІ

Стать	Вік	Легка тривога	Помірна тривога	Важка тривога
Ч* (n=92)	< 60 (n=68)	11	26	22
	> 60 (n=24)	5	8	7
Ж** (n=45)	< 60 (n=28)	9	8	9
	> 60 (n=17)	1	6	8

Примітка:* Критерій Пірсона $\chi^2 = 0.377$ (df=2), p=0.829

** Критерій Пірсона $\chi^2 = 4.088$ (df=2), p=0,130

Виявлені достовірні відмінності поширеності важкого ступеня тривоги у пацієнтів ОГ2 ($p=0,008$)

Таблиця 3.8

Оцінка рівнів тривоги за ВАІ (Ме Q1;Q3)

Показник	Всі пацієнти (n=137)	ОГ1 (n=55)	ОГ2 (n=82)	p*
Тривога за ВАІ	22 (17; 34)	20 (17; 30)	26 (17; 35)	0,044
Розподіл за вираженістю тривоги Ме (Q1-Q3)				p*
легка	17 (14; 19)	17,5 (13; 20)	16 (14; 18)	0,167
помірна	30 (24; 36)	30,5 (27; 32,5)	30 (26; 35)	0,573
важка	50 (37; 52)	51 (37; 55)	49 (37; 52)	0,669
Поширеність тривоги за вираженістю (n, %)				p**
легка	65 (47,5)	32 (58,2)	33 (40,2)	0,040
помірна	51 (37,2)	20 (36,4)	31 (37,8)	0,868
важка	21 (15,3)	3 (5,4)	18 (22,0)	0,008

Примітка: * різниця між групами: за критерієм Манна-Уїтні

** – різниця між групами за χ^2 Пірсона, у тому числі з поправкою Йейтса.

Виходячи з алекситимічної теорії психосоматичних розладів та теорії, що АНГСК нетравматичного генезу може бути психосоматичним розладом, ми оцінили поширеність і вираженість алекситимії у обстежених хворих за допомогою шкали ТАС-20 [108]. Середній бал ТАС-20 становив 70 (62;79) для хворих на АНГСК, що вказує на те, що група пацієнтів у цілому мала оцінку, більшу за граничну точку для діагнозу алекситимії (≥ 61 бал).

Медіанний бал за тестом ТАС-20 склав 70 (62;79) балів з достовірно більш високим рівнем у жінок молодого віку.

Залежно від варіанта провідного синдрому НПР ми визначили рівень алекситимічних проявів у пацієнтів з АНГСК (табл. 3.9). Рівень алекситимії статистично достовірно відрізняється у пацієнтів з тривожно-фобічним, тривожно-депресивним і астено-депресивним синдромами в залежності від тривалості АНГСК. При цьому зі збільшенням тривалості захворювання зростає бал алекситимії.

Таблиця 3.9

Рівень алекситимії, залежно від провідного синдрому НПР (Me Q1;Q3)

Синдром	Варіант	Рівень алекситимії		p*
		ОГ1 (n=55)	ОГ2 (n=82)	
тривожний	фобічний	62 (52;64)	72(70;88)	0,01
	депресивний	64(50;70)	70,5(66;78)	0,00
депресивний	іпохондричний	84(72;90)	81(77;88)	0,92
астенічний	депресивний	52(50;56)	76(67,5;78,5)	<0,001
	апатичний	76,5(66,5;79)	73(60;90)	0,66

Примітка: * рівень p за критерієм Краскіла-Уолліса

В дослідженні не було виявлено достовірних відмінностей у кількості балів алекситимії у осіб з провідними депресивно-іпохондричним та астено-апатичним синдромами. Виявлені дані свідчать про відсутність динаміки балів за шкалою ТАС-20 при знаходженні їх на рівні вищому за межовий, визначений під час валідизації шкали (60 балів) [100,101].

Взявши за точку відсічі за цим тестом 60 балів, ми отримали наступні дані (табл.3.10): алекситимія у осіб старших вікових груп зустрічається значно рідше, ніж у віці до 60 років: достовірно у жінок (p=0,01 за точним критерієм Фішера) та тенденційно (2 проти 13) у чоловіків (p=0,34 за точним критерієм Фішера).

Розподіл наявності алекситимії у хворих за ТАС-20

стать	Вік	Алекситимія відсутня	Алекситимія наявна
Ч (n=92)	< 60 (n=68)	55	13
	> 60 (n=24)	22	2
Ж* (n=45)	< 60 (n=28)	19	9
	> 60 (n=17)	17	0

Примітка: *двосторонній критерій Фішера для жінок до та більше 60 років
p=0.01

Середні результати рівня депресії у обстежених пацієнтів різних вікових груп за тестом BDI-II відповідають помірній депресії (20-28 балів). Проте аналізуючи рівні депресії по відповідних точках відсічі [109] з'ясовано, що 14,1% обстежених чоловіків та 8,9% жінок не мають ознак депресії (табл. 3.11).

Достовірні відмінності у поширеності різних рівнів депресії в залежності від статі та віку були відсутні (p>0,05).

Таблиця 3.11

Розподіл наявності депресії у хворих за BDI-II (n)

Стать	Вік	Депресія Відсутня (BDI-II≤13)	Легка депресія (BDI-II=14-19)	Помірна депресія (BDI-II=20-28)	Важка депресія (BDI-II≥29)
1	2	3	4	5	6
Ч (n=92)	< 60 (n=68)	9	11	26	22
	> 60 (n=24)	4	5	8	7

1	2	3	4	5	6
Ж (n=45)	< 60 (n=28)	2	9	8	9
	> 60 (n=17)	2	1	6	8
Разом		17	26	48	48

Примітка: двосторонній точний критерій Фішера для всіх порівнянь $p > 0.05$

В табл. 3.12 подані основні відмінності стосовно депресії у пацієнтів з АНГСК. Встановлена достовірна відмінність у балах легкої депресії за BDI-II та достовірна відмінність у поширеності важкої депресії. Загальний бал депресії склав 22 (17; 34) балів з достовірною відмінністю між групами спостереження: ОГ1= 22 (17; 29), ОГ2= 28,5 (19;39) при $p=0,04$ за критерієм Манна-Уїтні.

Таблиця 3.12

Оцінка рівнів депресії за BDI-II

Показник	Всі пацієнти (n=137)	ОГ1 (n=55)	ОГ2 (n=82)	p*
депресія за BDI-II	25 (17; 36)	21 (13; 26)	31,5 (23;39)	<0.001
Розподіл за вираженістю депресії Me (Q1-Q3)				p*
відсутня	8 (7; 9)	8,5 (7; 10)	7 (5; 8)	0,300
легка	16 (15; 18)	15 (14; 15,5)	17,5 (16; 18)	0,002
помірна	24,5 (23,5; 26)	24 (23; 26)	25 (24; 26)	0,854
важка	39 (36; 43)	37,5 (32; 41,5)	39 (36; 44)	0,374

Примітка: * різниця між групами: за критерієм Манна-Уїтні

Ми спостерігаємо значне зростання поширеності депресії з плином часу захворювання, так у групі 1 (тривалість АНГСК менше 5 років) 25,5% не мали ознак депресії, то у групі 2 (тривалість АНГСК більше 5 років) без депресії були лише 3,7% пацієнтів ($p=0,004$) (рис. 3.6.)

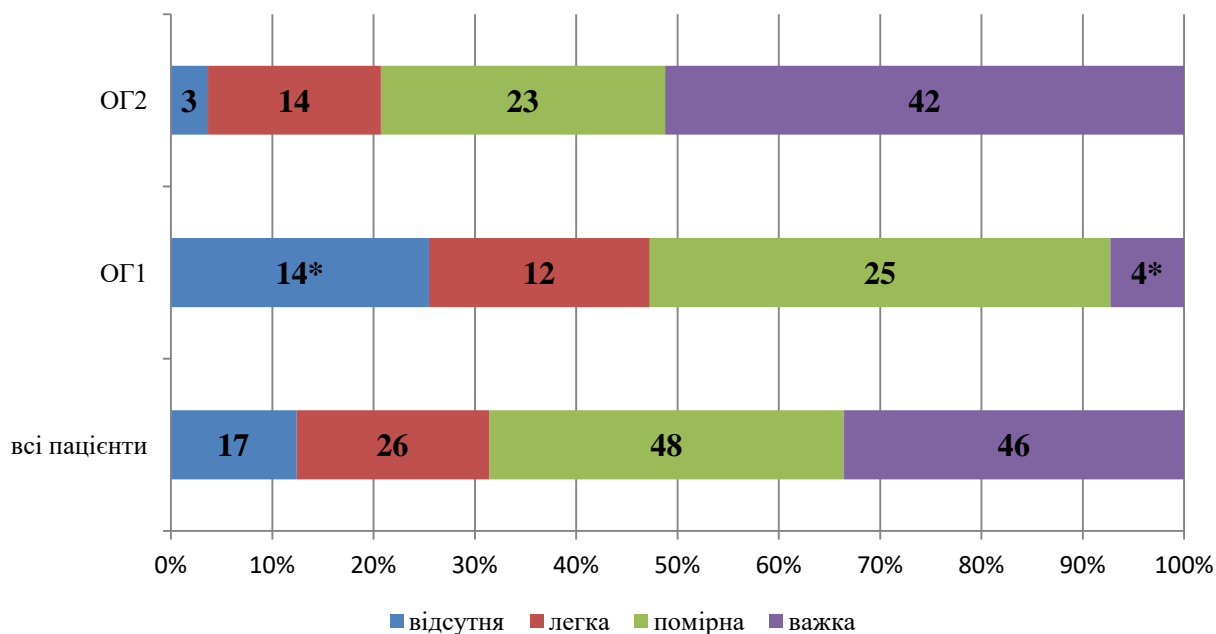


Рис. 3.6. Розподіл за виразністю депресивної симптоматики (оцінка заBDI-II) у групах дослідження, n (примітка. * $p<0,05$ між ОГ1 і ОГ2 за критерієм χ^2).

Найбільшу питому вагу в структурі розподілу ступеня депресії в обстежених пацієнтів першої групи займали пацієнти з помірною депресією (45,5%), тоді як у другій групі відповідний показник становив 28,0%, але без достовірної різниці між ними ($p=0,056$). У другій групі найбільшу частку обстежених становили пацієнти з важкою депресією – 51,2%, тоді як у першій групі таких пацієнтів з АНГСК лише 7,2% ($p=0,001$). Також спостерігалися достовірні відмінності між групами у частці пацієнтів з відсутністю депресії, яка частіше зустрічалася у пацієнтів з тривалістю АНГСК до 5 років ($p=0,004$).

Песимістична оцінка свого майбутнього, якщо вона спостерігається тривалий час і не пов'язана з наявністю трагічних подій, може бути частиною когнітивної тріади Бека, яка характерна для депресивного розладу, разом з

негативним оцінюванням себе та свого функціонування в сьогодні і минулому. Середній бал песимізму до майбутнього за шкалою безнадійності Бека складає 6 (4; 15) балів, що відповідає легкому рівню. У обстежених жінок молодого віку спостерігається тенденція до більш високих балів безнадійності. Проте аналізуючи поширеність безнадійності серед обстежених хворих з АНГСК клінічно значущий рівень (точка відсічі BHS складала 3 бали) спостерігався у 32,6% чоловіків та 48,9% жінок без достовірних відмінностей залежно від віку (табл. 3.13).

Таблиця 3.13

Розподіл наявності безнадійності у хворих за BHS (n)

Стать	Вік	Безнадійність відсутня	Безнадійність наявна
Ч (n=92)	< 60 (n=68)	43	25
	> 60 (n=24)	19	5
Ж (n=45)	< 60 (n=28)	13	15
	> 60 (n=17)	10	7

Примітка: двосторонній точний критерій Фішера для всіх порівнянь $p > 0.05$

При аналізі синдромальних впливів на поширеність безнадійності за опитувальником BHS виявлено (табл. 3.14), що достовірна відмінність спостерігається лише стосовно астено-апатичного синдрому ($p=0,04$ за двостороннім точним критерієм Фішера). Проте при порівнянні груп в цілому достовірно частіше безнадійність спостерігається у пацієнтів з тривалістю АНГСК більше 5 років, що можна пояснити виснажуючим впливом хронічного соматичного захворювання.

Розподіл безнадійності, залежно від провідного синдрому НІР (n)

Варіант	Безнадійність				p*
	ОГ1 (n=55)		ОГ2 (n=82)		
	відсутня	наявна	відсутня	наявна	
тривожно-фобічний	5	9	1	5	p=0,61
тривожно-депресивний	11	6	15	17	p=0,37
депресивно-іпохондричний	6	0	14	5	p=0,29
астено-депресивний	9	1	9	3	p=0,59
астено-апатичний	8	0	7	6	p=0,04
Разом	39	16	46	36	p= 0,11**

Примітка: * двосторонній точний критерій Фішера;

** різниця між групами за χ^2 Пірсона з поправкою Йейтса

Аналізуючи отримані показники депресії, тривоги, алекситимії, безнадійності та вживання алкоголю виявлені гендерні відмінності (табл.3.15): рівень тривоги в молодому віку вище у осіб жіночої статі (p=0,038 для ВАІ та p=0,047 для ТМАС). При аналізі вікових особливостей виявлені достовірні відмінності алекситимії, залежно від вікових груп (тест Краскіла-Уолліса: $H(df=3, N= 45) = 9,867787$ p =0,020). При подальшому попарному порівнянні вираженості алекситимії виявлені достовірні відмінності показника між особами молодого віку та літніми особами, як для чоловічої так і для жіночої статі (p=0,0322 та p=0,0060 відповідно). Звертає на себе увагу високий рівень алекситимії у всіх вікових групах, тенденція до більш високого рівня безнадійності у молодих осіб жіночої статі у порівнянні з особами чоловічої статі.

Психометричні показники у хворих на АНГСК залежно від статі та вікових груп (Me (Q25; Q75))

Вік	18-44 років		45-59 років		60-74 років		75-90 років		Разом
	Ч (n=23)	Ж (n=10)	Ч (n=45)	Ж (n=18)	Ч (n=23)	Ж (n=16)	Ч n=1	Ж n=1	
Стать тест									Ч+Ж (n=137)
BDI-II	25 (20;35)	22.5 (24;27)	25 (17;36)	25.5 (18;38)	23 (15;36)	30 (22;42)	45	26	25 (17;36)
BAI	20* (17;32)	32,5* (30;35)	20 (16;33)	29,5 (18;35)	24 (15;32)	24 (16,5;33)	21	15	22 (17;34)
TMAS	25** (18;30)	31,5** (26;40)	22 (19;36)	30,5 (20;40)	25 (18;30)	25 (18;30)	25	19	26 (19;37)
BHS	6 (3;13)	13 (7;16)	6 (4;13)	6 (3;16)	6 (4;8)	6 (3,5; 17)	5	2	6 (4;15)
TAS-20↑	66*** (58;72)	60**** (48;70)	70 (64;78)	70 (60;80)	75*** (66;78)	78**** (73;85,5)	86	89	70 (62;79)
AUDIT	3 (2;6)	2 (1;3)	3 (1;5)	2,5 (1;3)	3 (2;5)	2 (0,5;5)	3	4	3 (1;5)

Примітка:

* достовірна відмінність за тестом Мана-Уїтні при $U=62,0$, $p=0,038$

** достовірна відмінність за тестом Мана-Уїтні при $U=64,5$, $p=0,047$

*** достовірна відмінність за тестом Мана-Уїтні при $U=167,5$, $p=0,032$

**** достовірна відмінність за тестом Мана-Уїтні при $U=29$, $P=0,006$

↑ тест Краскіла-Уолліса $H(df=3, N=45)=9,867787$ $p=0,020$

При проведенні кореляційного аналізу встановлено, що тривожність має сильну пряму кореляцію з безнадійністю $r_s=0.6$ (95% ДІ 0.492–0.708), тривогою $r_s=0.96$ (95% 0.947–0.973), рівень депресії за шкалою BDI-II має

помірні прямі кореляції з безнадійністю $r_s=0.42$ (95% ДІ 0.281–0.560), тривожністю $r_s=0.31$ (95% ДІ 0.157 – 0.463) та алекситимією $r_s=0.39$ (95% ДІ 0.246–0.534). Рівень тривоги, окрім кореляції з тривожністю, як особливістю особистості, має сильну пряму кореляцію з показником безнадійності алекситимією $r_s=0.63$ (95% ДІ 0.528 – 0.732) (табл. 3.16). Звертає на себе увагу відсутність кореляційних зв'язків між показником вживання алкоголю AUDIT та іншими психометричними шкалами.

Таблиця 3.16

Кореляційні взаємозв'язки між психометричними показниками хворих на АНГСК з НПР (коефіцієнти рангової кореляції Спірмена r_s)

	BHS	BDI-II	TMAS	BAI	TAC-20	AUDIT
BHS	1,0	0,42*	0,60*	0,63*	0,19*	-0,04
BDI-II	0,42*	1,0	0,31*	0,29*	0,39*	-0,02
TMAS	0,60*	0,31*	1,0	0,96*	0,21*	-0,13
BAI	0,63*	0,29*	0,96*	1,0	0,16	-0,11
TAC-20	0,19*	0,39*	0,21*	0,16	1,0	0,01
AUDIT	-0,04	-0,02	-0,13	-0,11	0,01	1,0

Примітка: * відмічені кореляції за Спірменом з $p<0.05$

3.3. Якість життя у хворих на АНГСК які потребують ендопроезування

Дослідження показників якості життя виявило, обстежені пацієнти мають більш низьку якість життя у порівнянні з середнім популяційним показником (50 ± 10 балів) [110].

Так середня у досліджуваній групі якість фізичного життя перед ендопротезуванням склала 41,36 (35,03; 45,43) бали, а якість психічного життя склала 39,02 (34,29; 44,95) балів.

Якщо більш низький показник фізичного компоненту якості життя прогнозований виходячи з наявних соматичних симптомів, то зниження психічного компоненту якості життя є показником впливу наявних НІР (табл. 3.17). Отримані дані свідчать, що зі збільшенням тривалості АНГСК якість життя погіршується, причому психічний компонент у більшій мірі, ніж фізичний. Це відображає вплив хронічного захворювання на психічне життя особи.

Таблиця 3.17

**Якість життя у хворих на АНГСК залежно від провідного синдрому
(Me (Q25; Q75))**

Провідний синдром	MCS		p	PCS		p
	ОГ1	ОГ2		ОГ1	ОГ2	
тривожно-фобічний	40,85 (34,29-45,12)	40,81 (37,22-46,31)	0,49	45,45 (42,71-49,79)	44,47 (40,27-45,46)	0,44
тривожно-депресивний	44,68 (43,29-48,71)	36,40 (33,06-42,28)	>0,001	43,09 (35,44-48,76)	41,24 (34,86-43,72)	0,21
депресивно-іпохондричний	39,29 (35,05-44,45)	32,40 (21,75-38,62)	0,09	34,66 (30,66-45,65)	36,68 (30,39-44,62)	0,98
астено-апатичний синдроми	52,8 (42,73-56,56)	42,36 (30,10-54,11)	0,30	43,22 (36,33-48,79)	37,53 (31,92-45,27)	0,30

Примітка: p за тестом Мана-Уїтні

Для з'ясування впливу психометричних показників на якість психічного життя було проведено кореляційний аналіз, який показав, статистично значущий помірної сили негативний кореляційний зв'язок між показниками тесту депресії Бека та якістю психічного життя $r_s = -0.40$ (95% ДІ $-0.55, -0.26$) (табл. 3.18). Тобто при збільшенні бала за шкалою тривоги знижується якість життя пацієнтів. Також виявлений статистично значущий слабкий негативний кореляційний зв'язок між показниками алекситимію за шкалою ТАС-20 та якістю психічного життя $r_s = -0.28$ (95% ДІ $-0.44, -0.12$) та слабкий негативний кореляційний зв'язок між ТАС-20 та показником якості фізичного життя $r_s = -0.24$ (95% ДІ $-0.40, -0.08$) (табл. 3.18).

Таблиця 3.18

Кореляційні взаємозв'язки між психометричними показниками та ЯЖ у хворих на АНГСК з НІП (коефіцієнти рангової кореляції Спірмена r_s)

	BHS	BDI-II	TMAS	BAI	ТАС-20
PCS	-0,08	-0,18*	-0,07	-0,05	-0,24*
MCS	-0,07	-0,40*	-0,19*	-0,15	-0,28*

Примітка. * – статистично значущі ($p < 0,05$) коефіцієнти кореляції

Для уточнення в залежності кореляційного зв'язку від тривалості захворювання було проведено окремий кореляційний аналіз (табл. 3.19), який виявив, що рівень тривоги за BDI-II статистично значуще помірно негативно корелює з якістю психічного життя: для ОГ1 $r_s = -0,40$ (95% ДІ $-0.63, -0.17$), для ОГ2 $r_s = -0,26$ (95% ДІ $-0.47, -0.05$). Проте при порівнянні коефіцієнтів кореляції не виявлено статистично значущої різниці ($p = 0.38$).

З таблиці 3.19 ми бачимо, що з плином часу захворювання зростає вплив алекситимії як на якість психічного, так і на якість фізичного життя, проте при тривалості захворювання до 5 років (ОГ1) кореляційний зв'язок не є статистично значущим.

**Кореляційні взаємозв'язки між психометричними показниками та ЯЖ
залежно від тривалості захворювання**

	BHS		BDI-II		TMAS		BAI		TAC-20	
	ОГ1	ОГ2	ОГ1	ОГ2	ОГ1	ОГ2	ОГ1	ОГ2	ОГ1	ОГ2
PCS	0,08	-0,12	-0,10	-0,10	0,02	-0,08	-0,01	-0,04	-0,06	-0,23*
MCS	0,08	-0,07	-0,40*	-0,26*	-0,04	-0,18	-0,03	-0,16	-0,07	-0,28*

Примітка. * – статистично значущі ($p < 0,05$) коефіцієнти рангової кореляції Спірмена r_s

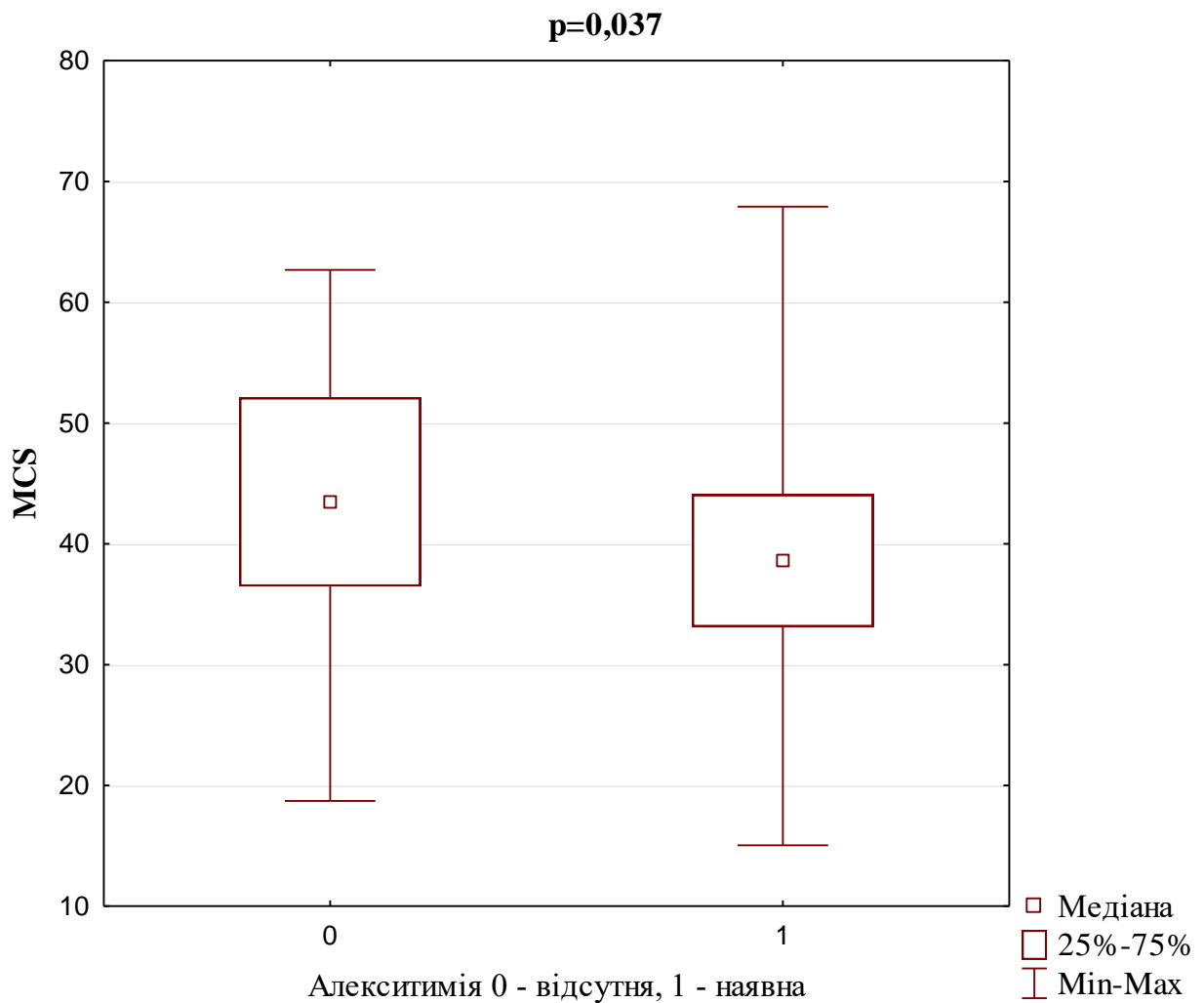


Рис.3.6 Залежність якості психічного життя від наявності алекситимії

Порівнюючи рівень психічного компоненту якості життя у пацієнтів з АНГСК залежно від наявності алекситимії (рис. 3.7), ми бачимо, що наявна алекситимія достовірно за тестом Манна-Уїтні знижує якість життя у порівнянні з її відсутністю ($p=0,037$).

Оцінюючи рівні депресії в залежності від наявності депресії за шкалою BDI-II, отримано достовірну відмінність за тестом Мана-Уїтні у середньому балі якості психічного життя ($p<0,001$) (рис. 3.7).

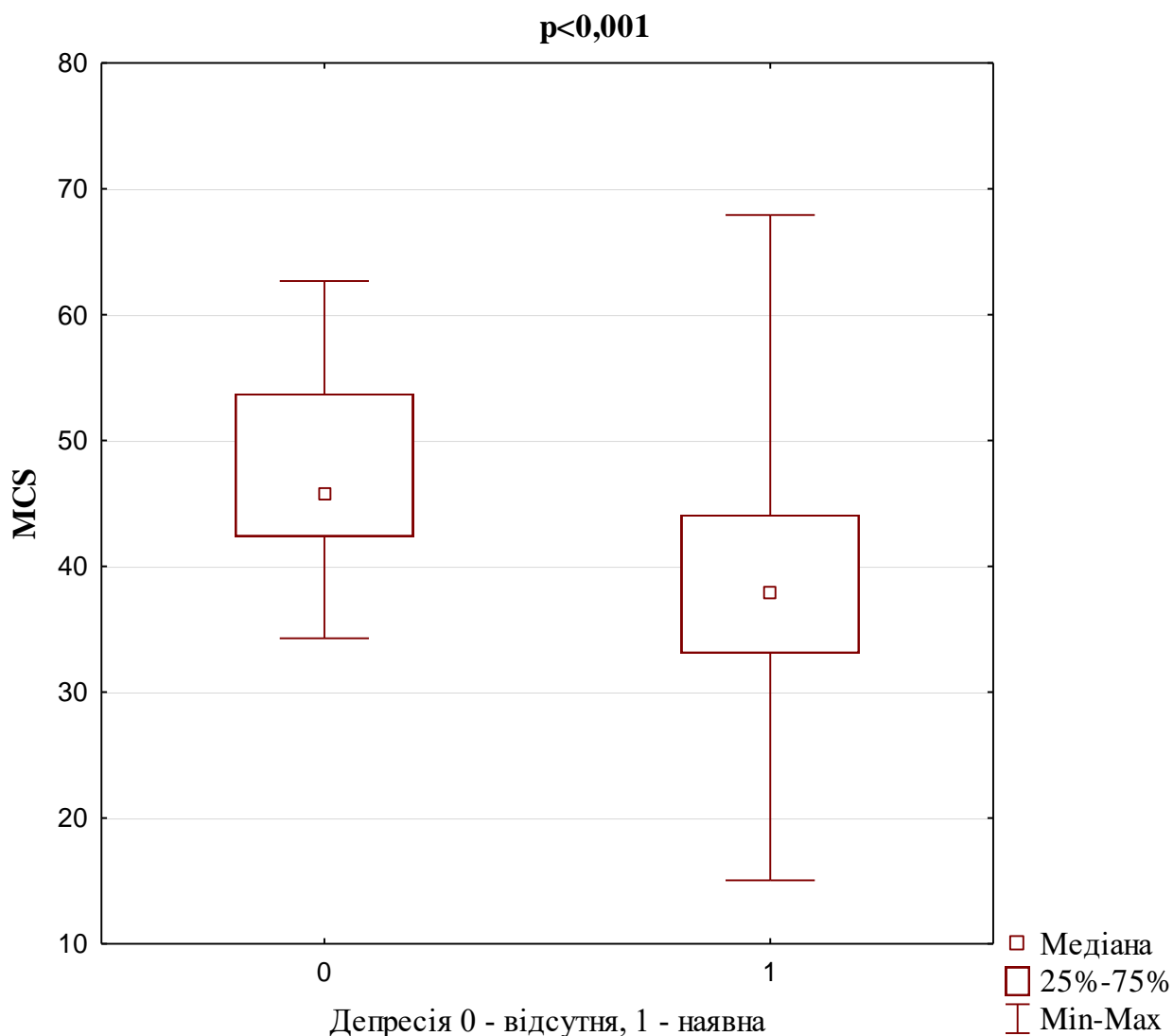


Рис. 3.7. Залежність якості психічного життя від наявності депресії

Наступним кроком було прогнозування впливу показників депресії на якість психічного життя за допомогою однофакторної лінійної регресійної моделі (табл. 3.20).

**Результати однофакторного регресійного аналізу для MCS у хворих на
АНГСК з НІР**

Фактор, n=137	β	95% ДІ	Стандартна похибка β	t(135)	p
константа	49,50	45,48 - 53,52	2,03	24,36	p<0,001
BDI-II	-0,38	-0,52 – -0,23	0,07	-5,22	p<0,001

Примітка: β – коефіцієнт регресії для MCS
t – статистика критерію Стьюдента

При проведенні регресійного аналізу було здійснено аналіз гістограм залишків з побудовою частотної діаграми (рис. 3.8.) та графіків залишків (рис. 3.9.), за результатами якої гіпотеза про нормальність не відхиляється, тобто залишки для регресійної моделі мали нормальний розподіл. Також на діаграмі розсіювання виявлено (рис. 3.10), що залишки не залежали від передбаченого показника (за діаграмами розсіювання).

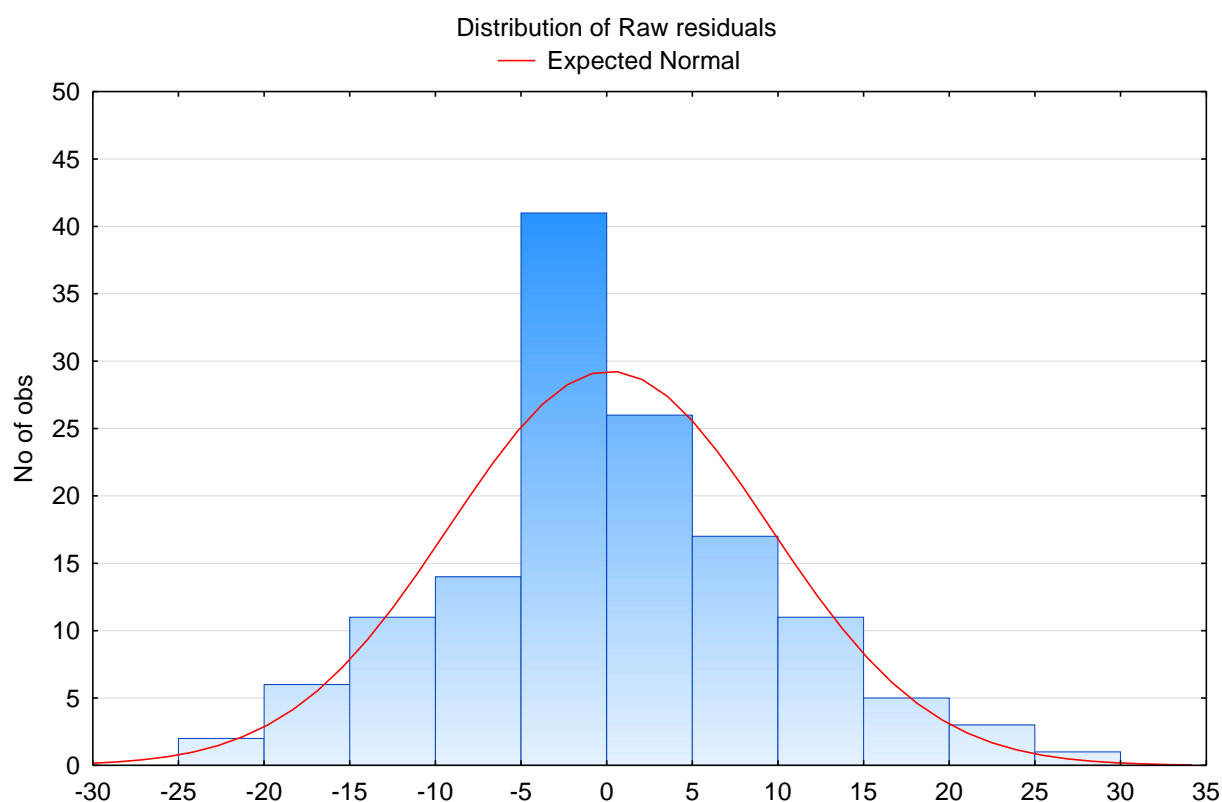


Рис. 3.8. Частотна діаграма залишків для регресійної моделі

На рисунку 3.8 ми бачимо відсутність систематичних відхилень фактичних даних від теоретичної нормальної прямої, що теж свідчить про нормальний розподіл залишків (рис. 3.9).

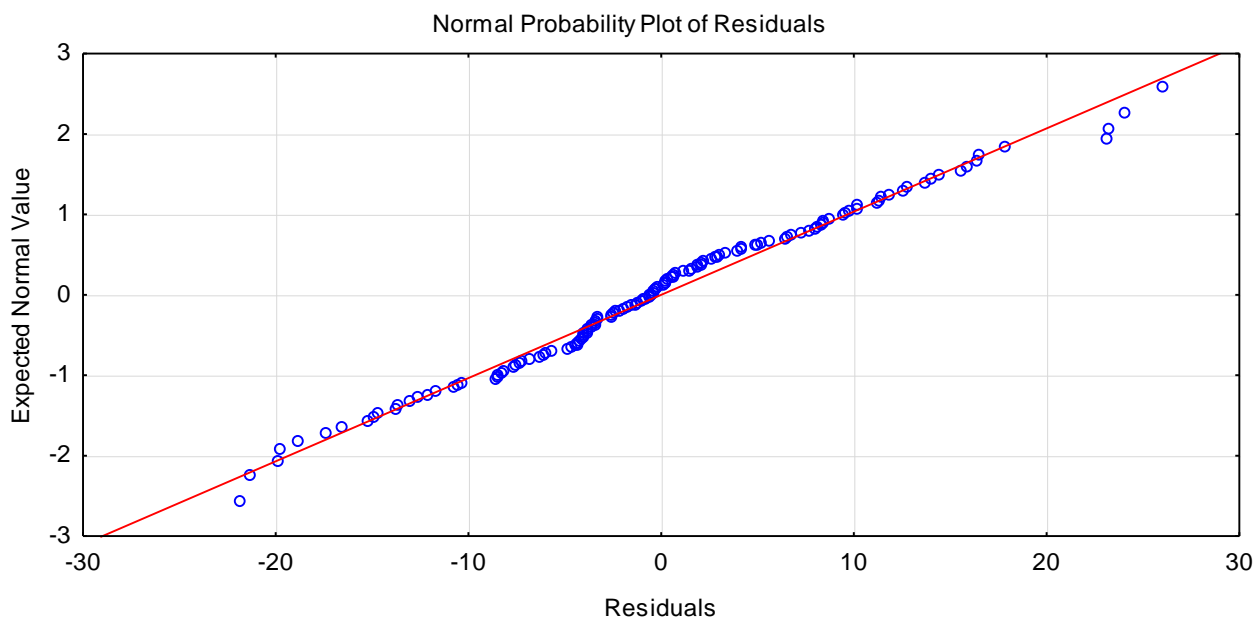


Рис. 3.9. Графік розподілу залишків для регресійної моделі

Також на діаграмі розсіювання виявлено (рис. 3.10), що залишки не залежали від передбаченого показника (за діаграмами розсіювання).

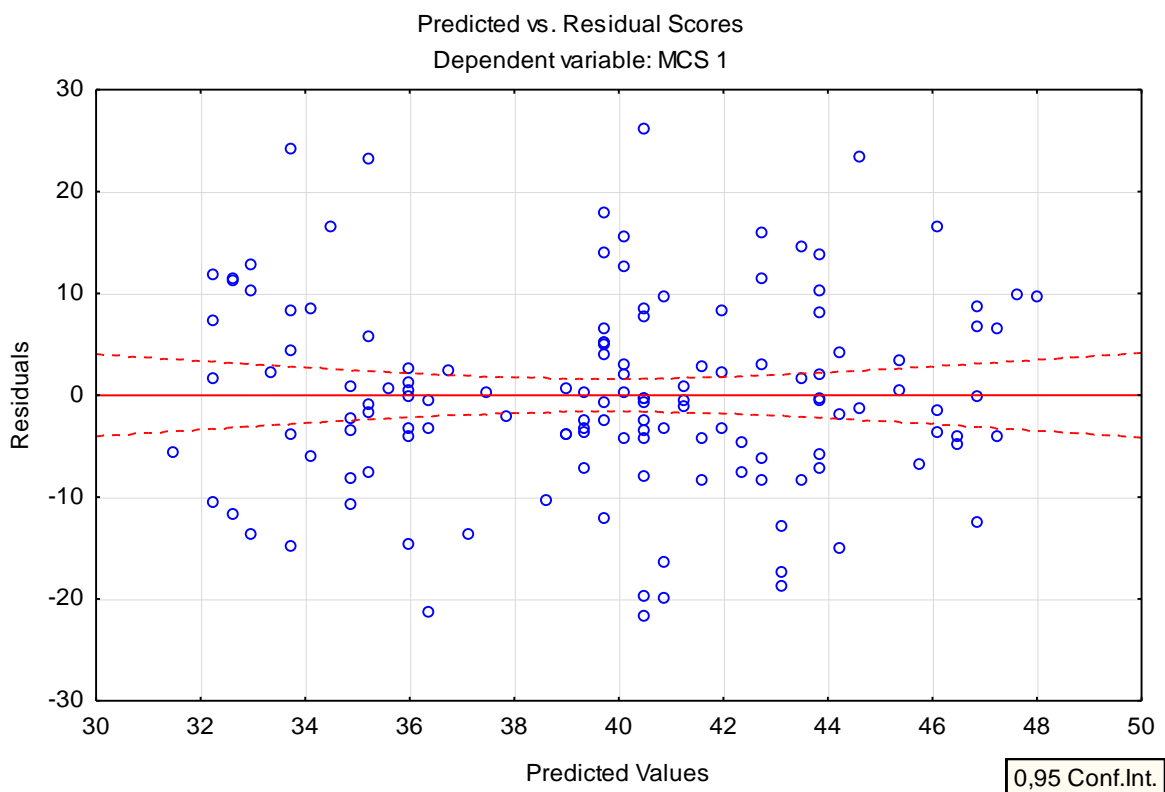


Рис. 3.10. Діаграма розсіювання залишків для регресійної моделі

Оцінку прийнятності моделі у цілому за допомогою ANOVA з розрахунком критерію Фішера (F). Встановлено, що $F=27,24$ при $p<0,001$, що свідчить про прийнятну якість запропонованої моделі.

Був проведений простий лінійний регресійний аналіз впливу депресії на у 137 хворих на АНГСК на передопераційному етапі на якість психічного життя. Виходячи з отриманих даних, рівняння регресії для MCS мало наступний вигляд:

$$MCS=49.5-0.38*BDI-II \quad (3.1)$$

Кутовий коефіцієнт регресії $-0,38$ (95% ДІ $-0,52 - -0,23$) вказує, що на кожний бал депресії з шкалою BDI-II середнє значення якості психічного життя знизиться на 0,38 бали. Коефіцієнт детермінації ($r^2 = 16,79\%$; $F=27,24$ з $p<0,001$) вказує на те, що 16,79% мінливості якості психічного життя слід пояснювати її взаємозв'язком з варіацією рівня депресії.

Зазначена регресійна модель доводить зв'язок показників депресії за шкалою BDI-II з впливом на якість психічного життя на доопераційному етапі (рис. 3.11).

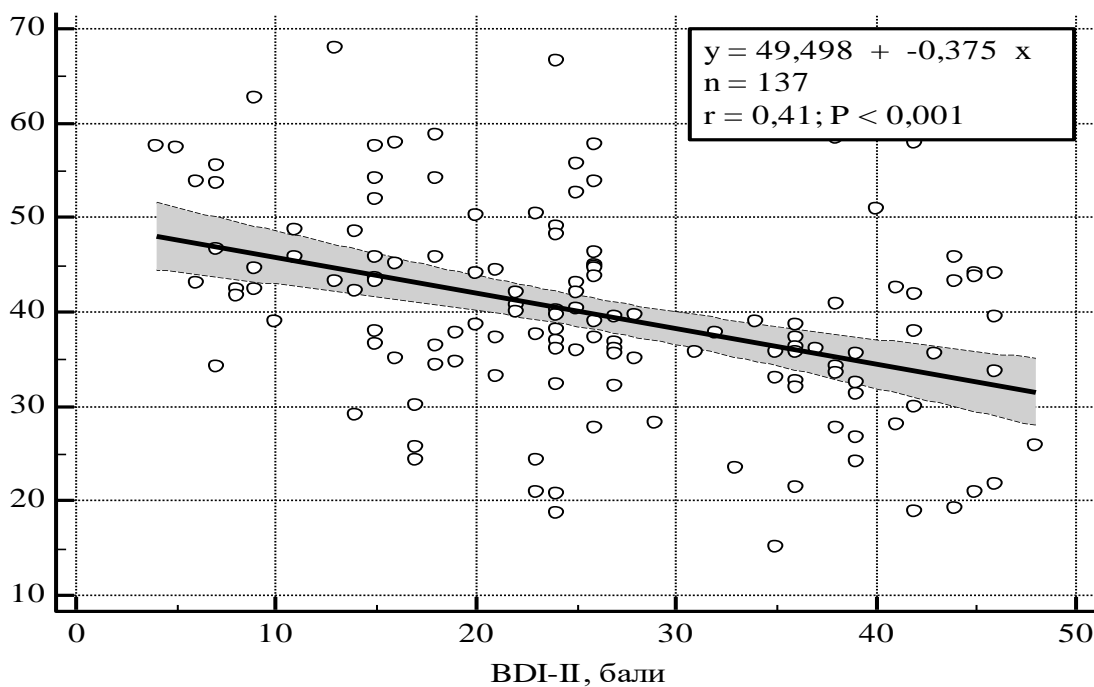


Рис. 3.11. Діаграма розсіювання MCS в залежності від BDI-II з лінією регресії та її 95% ДІ

У таблиці 3.21 подані середні показники якості життя в залежності від ураження суглобів: однобічне чи двобічне. При двобічному ураженні прогнозовано якість фізичного життя достовірно нижча у порівнянні з однобічним ураженням ($U=1320$, $z=-4,29$, $p=0,00002$). Але звертає увагу, що кількість уражених суглобів не впливає на якість психічного життя ($U=2233$, $z=0,33$, $p=0,74$), з чого можна зробити висновок, що саме факт захворювання, його вплив на особливості особистості та внутрішню картину хвороби, на психічні процеси та стани, а не рівень фізичних обмежень, обумовлених порушенням пересування та / чи больовим синдромом, впливають на якість психічного життя пацієнтів з АНГСК.

Таблиця 3.21

Якість життя у хворих на АНГСК залежно від ураження суглобів

Показник	Однобічне (n=77) M±m / Me / Q25 / Q75	Двобічне (n=60) M±m / Me / Q25 / Q75	p
MCS	39,39±9,41/ 38,93 / 34,34 / 44,45	40,29± 11,63 / 39,65 / 32,81 / 45,80	0.74
PCS	42,29±7,06 / 43,30 / 38,15 / 48,15	36,86±7,10 / 37,02 / 31,80 / 42,97	<0.001

Примітка: розбіжності між групами за критерієм Манна-Уїтні (U)

3.4. Патопсихологічні особливості пацієнтів з АНГСК які потребують ендопротезування

Аналізуючи соціально-демографічні характеристики обстежених, звертає увагу що 25,8% (17/66) осіб з вищою освітою були зайняті переважно фізичною працею, проте на момент обстеження працювали лише 7,6% (5/66). Таким чином, невідповідність рівня освіти і професійної підготовки соціальному статусу може розцінюватися особою у якості психотравмуючої ситуації, тим самим підвищуючи ризик виникнення НПР.

Виходячи з даних щодо соціально-демографічного статусу отриманих зі спеціально розробленої карти клініко-психопатологічного дослідження 35,04 % (48/137) обстежених працювали, а 64,96% (89/137) – ні на момент обстеження. Аналізуючи розподіл хворих в залежності від віку, статі, зайнятості та тривалості АНГСК (табл. 3.22) зазначимо, що 52,9% (36/68) чоловіків та 67,9% (19/28) жінок працездатного віку не працюють через наявність хвороби. При цьому відсутня достовірна відмінність у працевлаштованості залежно від тривалості захворювання для обох статей ($p>0.05$). Також відмітимо низьку поширеність АНГСК у осіб старшої вікової групи: лише 5,4% (5/92) обстежених чоловіків та 11,1% (5/45) є старшими за 60 років та мають нетривалий (до 5 років) анамнез захворювання.

Таблиця 3.22

Розподіл хворих в залежності від віку, статі, зайнятості та тривалості АНГСК

Стать	Вік	Працюють	Тривалість АНГСК		Разом
			До 5 років	Більше 5 років	
Ч (n=92)	< 60 (n=68)	Так	17	15	32
		Ні	17	19	36
	> 60 (n=24)	Так	2	3	5
		Ні	3	16	19
Ж (n=45)	< 60 (n=28)	Так	3	6	9
		Ні	8	11	19
	> 60 (n=17)	Так	0	2	2
		Ні	5	10	15
Разом			55	82	137

Ставлення особистості до своєї хвороби залежить від оцінки змін, які захворювання, особливо хронічне, внесло в життя особи. Змістовна сторона ставлення до хвороби виступає у вигляді додаткових психотравмуючих

факторів, що впливає на формування психопатологічних порушень та змінює загальний рівень адаптації хворого.

Визначення типів ставлення до хвороби проводилися нами за методикою ТОБОЛ, яка дозволяє визначити 12 типів реагування на хворобу, об'єднаних у три блоки. Перший блок (раціонального ставлення до хвороби) представлений гармонійним, ергопатичним та анозогнозичним типами, за діагностики яким можна стверджувати про стабільність і непорушність психічної та соціальної адаптації до хронічного захворювання. До другого блоку відносять дезадаптивні інтрапсихічні варіанти реакції на хворобу, які представлені тривожним, іпохондричним, неврастенічним, меланхолійним та апатичним ставленнями до хвороби, що клінічно проявляється роздратованою слабкістю, пригніченням, тривогою та посиленням тривожності, «відходом в хворобу», або капітуляцією перед хворобою. До третього блоку (інтерпсихічного реагування) належать сенситивний, егоцентричний, дисфоричний і паранояльний типи, які характеризуються певною сенсибілізацією до захворювання, що переважно залежить від преморбідних особливостей особистості; також можливі прояви проявляється дезадаптивної поведінки: приховування хвороби від оточуючих або використання її у своїх цілях, висловлювання власних концепцій про причини захворювання, звинувачення оточення у власному захворювання тощо.

Дані про частоту різних типів ставлення до хвороби у пацієнтів, що знаходяться на лікуванні представлені на рис. 3.12. Найпоширенішим серед хворих на АНГСК був іпохондричний тип, пов'язаний з поєднанням бажання лікуватися і невіри в успіх. Досить часто діагностувався меланхолійний тип ставлення до хвороби, який подібний до іпохондричного, але з більшою невірою в успіх лікування. Раціональне ставлення до хвороби відзначалося лише у 21 хворого (15,6%). Гармонійний тип реагування на хворобу визначено у 7 (5,1%) хворих. Особи з таким типом досить тверезо оцінювали свій стан без схильності до перебільшення його тяжкості, а й без недооцінки.

Для них було характерно: адекватна поведінка у період адаптації до зміни фізичного стану, небажання турбувати інших необхідністю догляду за собою, спроби співпрацювати з медичним персоналом, збереження конструктивної активної позиції під час лікування.

Співставною були кількості випадків ергопатичного (6 осіб – 4,4 %) та анозонозичного (8 осіб – 5,8%) ставлень до хвороби, які здебільшого проявлялися «запереченням хвороби» або через «занурення у роботу», або через «невизнання наявної хвороби та її симптомів». Соціальна адаптація у таких пацієнтів не порушена і вони можуть самостійно або за допомогою близьких впоратися зі своїми проблемами.

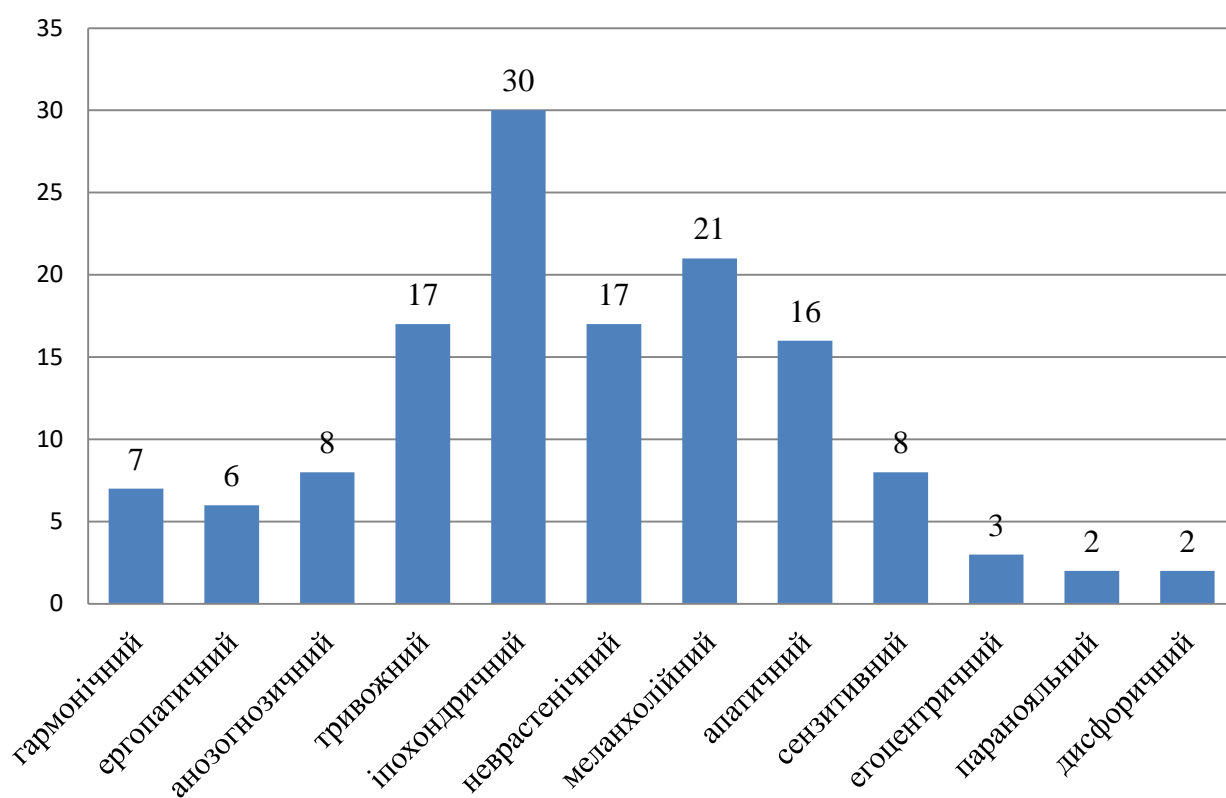


Рис. 3.12. Типи ставлення до хвороби за тестом ТОБОЛ

З таблиці 3.23 випливає, що у пацієнтів з АНГСК переважають типи відношення другого (73,7% випадків) і третього (10,9%) блоків, що свідчить про низький рівень психічної та соціальної адаптації. Типи відношення першого блоку (15,3%), пов'язані з гарною психічною адаптацією у зв'язку із захворюванням, зустрічаються рідше.

Поширеність блоків типів відношення до хвороби за ТОБОЛ в залежності від тривалості захворювання

	Всі (n=137)	ОГ1 (n=55)	ОГ2 (n=82)	
адаптивне ВХ	21 (15,3%)	12 (21,82%)	9 (10,98 %)	p=0,04*
Неадаптивне ВХ	116 (84,7%)	43 (78,18%)	73 (89,02%)	
З них				
Інтрапсихічне	101 (87,07%)	38 (88,37%)	63 (86,30%)	p=0,75*
екстрапсихічне	15 (12,93%)	5 (11,63%)	10 (13,70%)	

Примітка: * різниця між групами за χ^2 Пірсона з поправкою Йейтса

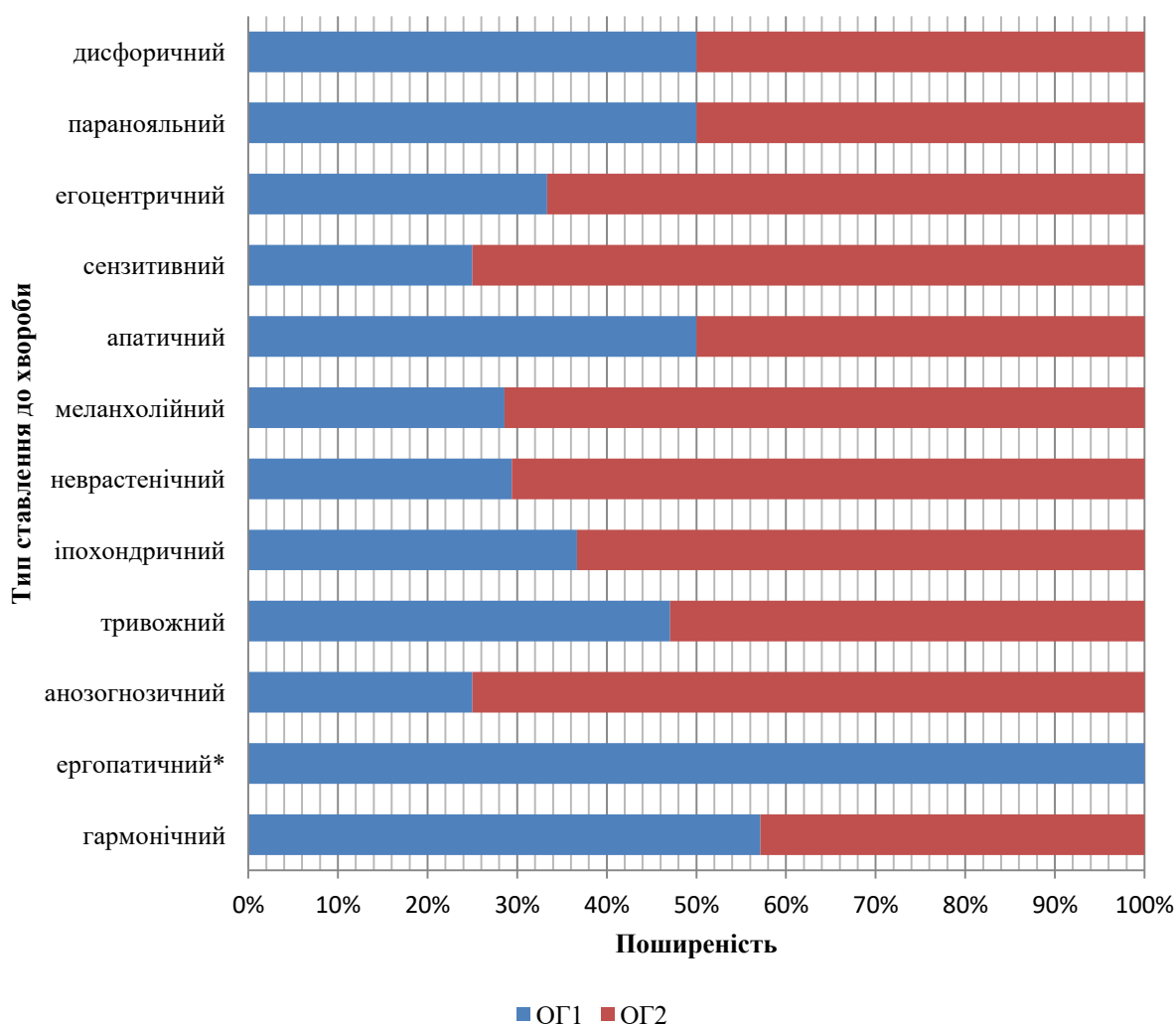


Рис. 3.13 Поширеність типів відношення до хвороби залежно від тривалості АНГСК (* різниця між групами за χ^2 з $p < 0.05$)

Аналізуючи поширеність окремих типів відношення до хвороби між групами порівняння зазначимо, що у хворих на АНГСК з тривалістю захворювання до 5 років переважають гармонічний, дисфоричний, апатичний та тривожний типи. У хворих з тривалістю АНГСК більше поширені анозогнозичний, сенситивний та меланхолійний типи. Проте порівнюючи відмінності між групами за критерієм Краскіла-Уоліса отримані наступні результати: Kruskal-Wallis test: $H(1, N=137) = 2,008556$ $p = 0,156$, що свідчить про відсутність достовірної різниці між порівнюваними типами відношення до хвороби в групах порівняння. Попарне порівняння частот поширеності за критерієм χ^2 показало достовірну відмінність у поширеності лише у ергопатичному типі, за рахунок відсутності пацієнтів з ергопатичним типом в другій групі (рис. 3.13). Порівнюючи поширеність типів відношення до хвороби за методикою ТОБОЛ в залежності від провідного психопатологічного синдрому було виявлено наявність достовірної відмінності між групами за критерієм Краскіла-Уоліса ($H(11, N=137) = 35,04142$ $p < 0,001$).

При провідному тривожно-фобічному синдромі спостерігається більше рівномірний розподіл типів відношення до хвороби. Якщо у пацієнта переважає тривожно-депресивний синдром, то частіше зустрічається тривожний та меланхолійний типи. При виявленні у пацієнта провідного депресивно-іпохондричного синдрому спостерігається значна поширеність (60%) іпохондричного типу відношення до хвороби. У хворих на АНГСК з провідним астено-депресивним синдромом переважають (86,35%) іпохондричний, неврастенічний та меланхолійний типи відношення до хвороби. Якщо на перший план виступає астено-апатичний синдром – переважає (61,9%) апатичне ставлення до хвороби (табл. 3.24).

Виявлені особливості типів ставлення до хвороби пояснюють і доповнюють дані щодо провідного синдрому: саме психопатологічна симптоматика впливає на прояви особливостей особистості у вигляді відношення до хвороби.

**Поширеність типів відношення до хвороби за ТОБОЛ в залежності від
провідного психопатологічного синдрому (n)**

		гармонічний	ергопатичний	анозогнозичний	тривожний	іпохондричний	неврастенічний	меланхолійний	апатичний	сензитивний	егоцентричний	паранояльний	дисфоричний
Тривожно-фобічний	n	2	3	3	3	3	2	0	0	0	2	1	1
	%	10,0	15,0	15,0	15,0	15,0	10,0	0	0	0	10,0	5,00	5,00
Тривожно-депресивний	n	2	2	1	12	7	6	13	2	4	0	0	0
	%	4,08	4,08	2,04	24,4	14,2	12,2	26,5	4,08	8,16	0,00	0,00	0,00
Депресивно-іпохондричний	n	0	0	0	1	15	1	2	1	3	0	1	1
	%	0	0	0	4,00	60,0	4,00	8,00	4,00	12,0	0,00	4,00	4,00
Астено-депресивний	n	0	0	0	1	5	8	6	0	1	1	0	0
	%	0	0	0	4,55	22,7	36,3	27,2	0	4,55	4,55	0	0
Астено-апатичний	n	3	1	4	0	0	0	0	13	0	0	0	0
	%	14,2	4,76	19,0	0	0	0	0	61,9	0	0	0	0
		9		5									

Проводячи аналіз зв'язку адаптивних та не адаптивних типів відношення до хвороби від наявності тривоги, тривожності, депресії, алекситимії, безнадійності та інших характеристик пацієнтів з АНГСК ми визначили достовірний зв'язок з наявністю депресії ($p < 0,001$) та алекситимію ($p = 0,003$), що дозволяє виділити ці психометричні особливості як основні у формуванні не адаптивних типів відношення до хвороби (табл. 3.25).

Поширеність типів відношення до хвороби за ТОБОЛ в залежності від певних характеристик пацієнтів (n)

		Адаптивне (n=21)	Неадаптивне (n=116)	p
Депресія (за BDI-II)	є	8	112	p<0,001*
	немає	13	4	
Тривога (за ВАІ)	є	8	64	p=0,23**
	немає	13	52	
Алекситимія (за ТАС-20)	є	12	101	p=0,003**
	немає	9	15	
Тривожність (за ТМАС)	Низька	13	53	p=0,26**
	висока	8	63	
Безнадійність (за ВНС)	є	5	47	p=0,22*
	немає	16	69	
Стать	ч	16	76	p=0,45*
	ж	5	40	
Вік	До 60	16	80	p=0,61*
	Більше 60	5	36	
Ураження суглобів	Однобічне	13	64	p=0,74**
	Двобічне	8	52	

Примітка: * різниця між групами за точним двобічним критерієм Фішера,
** різниця між групами за χ^2 Пірсона з поправкою Йейтса

За результатами оцінювання особливостей відношення пацієнтів з АНГСК до особистого життя встановлено, що достовірна більшість пацієнтів з групи 1 задоволені особистим життям, навідріз від пацієнтів другої групи, з більшість яких незадоволені власним особистим життям, що може свідчити

про вплив власне захворювання, так і про більш низьку якість життя у таких осіб (табл. 3.26)

Таблиця 3.26

Розподіл хворих на АНГСК залежно від відношення до особистого життя

	Разом n=137 (95% ДІ)	ОГ1 n=55 (95% ДІ)	ОГ2 n=82 (95% ДІ)	p*
задоволений	37,23 (29.13 – 45.90)	49,10 (35.36 – 62.94)	29,27 (19.74 – 40.35)	0.019
незадоволений	45,26 (36.75 – 53.98)	38,18 (25.41 – 52.27)	50,00000 (38.75 – 61.25)	0.173
байдужий	17,51 (11.55 – 24.93)	12,72 (5.27 – 24.47)	20,73 (12.56 – 31.10)	0.227

Примітка: * відмінність між групами за критерієм χ^2

Хронічний больовий синдром, обмеження можливості у пересуванні, власне наявність хвороби також впливають на взаємодію хворих з АНГСК з іншими людьми. У нашому дослідженні ми запропонували лише один вибір для опису своєї переважної поведінки у колективі з запропонованих. При оцінці найбільш поширеними виявилися такі види поведінки осіб з АНГСК у колективі (табл. 3.27): замкнутий (35.04%) та товариський (24.08%), найрідше пацієнти з АНГСК описували себе як конфліктних (2.19%) та егоїстичних (5.11%).

Проте при порівнянні особливостей поведінки залежно від тривалості захворювання встановлено, що у осіб першої групи найбільш поширеними є товариська, замкнута та конфліктна поведінка. У осіб другої групи переважають товариська та замкнута. При цьому спостерігається достовірна відмінність у поширеності у першій групі таких комунікативних особливостей як товарищівість ($p=0,02$), запальність ($p=0,05$) та конфліктність ($p<0.001$). У другій групі достовірно переважає вразливість ($p=0,01$).

Розподіл хворих на АНГСК залежно від домінуючого типу поведінки у колективі

	Разом n=137 (95% ДІ)	ОГ1 n=55 (95% ДІ)	ОГ2 n=82 (95% ДІ)	p*
товариський	24,08 17.19% – 32.12%	34,56 22.25% – 48.60%	17,07 9.66% – 26.98%	0.02
безкорисливий	13,14 7.98% – 19.97%	12,73 5.28% – 24.48%	13,42 6.90% – 22.74%	0.91
вразливий	10,22 5.70% – 16.55%	1,83 0.05% to 9.74%	15,85 8.72% – 25.58%	0.01
егоїстичний	5,11 2.08% – 10.24%	3,64 0.44% – 12.53%	6,10 2.01% – 13.66%	0,52
замкнутий	35,04 27.09% – 43.65%	30,92 19.15% – 44.82%	37,80 27.32% – 49.19%	0,41
запальний	10,22 5.70% – 16.55%	16,36 7.76% to 28.80%	6,10 2.01% – 13.66%	0,05
конфліктний	2,19 0.45% – 6.27%	34,56 22.25% – 48.60%	3,66 0.76% – 10.32%	<0.001

Примітка: * відмінність між групами за критерієм χ^2

Висока поширеність замкнутості у соціальній поведінці може пояснюватися заглибленістю у власні хворобливі переживання та небажанням розкривати їх перед іншими особами через недовіру до них. Звертає на себе увагу зниження з плином часу захворювання найбільш адаптивного (товариського) стилю. Такі зміни ми пояснюємо наростанням психічних симптомів, зокрема ї депресії та формуванням неадаптивних типів відношення до хвороби.

Суттєве зниження конфліктного та запального стилів виникають через виснажуваність психічної діяльності пацієнтів з плином часу, через що наростають не тільки соматичні а й супутні ним психічні симптоми, разом з наростанням фіксації на власних хворобливих переживаннях, особливо в соматичній сфері.

Дослідження суб'єктивної оцінки особливостей особистості у хворих на АНГСК (табл.3.28) виявило наступні преморбідні особливості: в загальній групі найбільш поширеними є самообмеження 24,81 % (95% ДІ 17.19% – 32.12%) та соромливість 21,90 % (95% ДІ 11.88% – 35.10).

Таблиця 3.28

Розподіл хворих на АНГСК в залежності від преморбідного фону

	Разом n=137 % (95% ДІ)	ОГ1 n=55 %(95% ДІ)	ОГ2 n=82 %(95% ДІ)	Р
ранимість	11,68 4.60% – 23.20%	16,36 7.76% to 28.80%	8,54 3.50% – 16.81%	0.16
мстивість	13,14 7.98% – 19.97%	16,36 7.76% to 28.80%	10,98 5.15% – 19.82%	0.36
послужливість	2,92 0.24% – 11.45%	1,83 0.05% to 9.74%	3,66 0.76% to 10.32%	0.53
підвищена вимогливість	16,79 8.07% – 29.30%	16,36 7.76% to 28.80%	17,06 9.65% – 26.97%	0,91
самообмеження	24,81 17.19% – 32.12%	25,45 14.67% – 39.00%	24,4 15.59% – 35.14%	0,89
соромливість	21,90 11.88% – 35.10%	16,36 7.76% to 28.80%	25,6 16.60% – 36.43%	0,20
неповноцінність	4,38 0.70% – 13.61%	3,64 0.44% – 12.53%	4,88 1.35% – 12.02%	0,73
емоційна скутість	4,38 0.70% – 13.61%	3,64 0.44% – 12.53%	4,88 1.35% – 12.02%	0,73

Примітка: р - відмінність між групами за критерієм χ^2

Найрідше серед обстежених зустрічаються неповноцінність 4,38 % (95% ДІ 0.70% – 13.61%) та емоційна скутість 4,38% (95% ДІ 0.70% – 13.61%). Подібний розподіл спостерігався в обох групах порівнянні без достовірної розбіжностей між групами ($p > 0.05$). Порівнюючи тенденції ми можемо стверджувати, що при зростанні тривалості захворювання, окрім певних психічних і соматичних симптомів, у пацієнтів змінюється оцінювання себе: через фізичні і психічні обмеження вони стають більш сором'язливим, що є проявом внутрішнього занепокоєння, тривоги та зниженого настрою. Звертає на себе увагу, що у першій групі на другому місці за поширеністю розташувалися відразу чотири варіанти з однаковою поширеністю 16,36% (95% ДІ 7.76% – 28.80%): ранимість, мстивість, підвищена вимогливість та соромливість. У другій групі найбільш поширеними є самообмеженні і соромливість, при цьому частоти ранимості і мстивості мають тенденцію до зниження, а соромливість – до підвищення. Тобто з плином часу захворювання пацієнти з АНГСК більше накладають на себе обмежень, як через фізичний стан (самообмеження), так і через психічний стан (соромливість).

Висновки до розділу 3.

У розділі наведено результати аналізу клініко-психопатологічної, психометричної, патопсихологічної характеристик НІР у хворх з АНГСК які потребують ендопротезування. На підставі клініко-психопатологічного методу дослідження виділено низку провідних клінічних синдромів: тривожно-фобічний, тривожно-депресивний, депресивно-іпохондричний, астено-апатичний і астено-депресивний.

Достігуючи тривожність, встановлено, що середній бал за ТМАС становив 26 (19; 37), що вказує на наявність середньо-високого рівня тривоги у обстежених, при цьому 52,5 відсотків пацієнтів мали високий і дуже високий рівні тривожності. В залежності від тривалості захворювання середній рівень тривожності у першій групі склав 22 (17; 29) бали, а у другій

– 28,5 (19; 39) бали та був статистично достовірно більшим у другій групі у порівнянні з першою ($p=0,004$).

Оцінка поширеності і вираженості алекситимії у обстежених хворих за допомогою шкали ТАС-20 виявила, що середній бал ТАС-20 становив 70 (62;79) для хворих на АНГСК, що вказує на те, що група пацієнтів у цілому мала оцінку, більшу за граничну точку для діагнозу алекситимії (≥ 61 бал). Рівень алекситимії залежно від тривалості хвороби статистично достовірно відрізняється у пацієнтів з тривожно-фобічним, тривожно-депресивним і астено-депресивним синдромами. При цьому зі збільшенням тривалості захворювання зростає бал алекситимії.

Середній результат рівня депресії у обстежених пацієнтів тестом BDI-II склав 22 (17; 34) балів, що відповідає помірній депресії (20-28 балів). При збільшенні тривалості хвороби достовірно зростає і вираженість депресивних розладів.

При проведенні кореляційного аналізу встановлено, що тривожність має сильну пряму кореляцію з безнадійністю $r_s=0.6$ (95% ДІ 0.49 – 0.71), тривогою $r_s=0.96$ (95% 0.95 – 0.97), рівень депресії за шкалою BDI-II має помірні прямі кореляції з безнадійністю $r_s=0.42$ (95% ДІ 0.28 – 0.56), тривожністю $r_s=0.31$ (95% ДІ 0.16 – 0.46) та алекситимією $r_s=0.39$ (95% ДІ 0.25 – 0.53). Рівень тривоги, окрім кореляції з тривожністю, як особливістю особистості, має сильну пряму кореляцію з показником безнадійності алекситимією $r_s=0.63$ (95% ДІ 0.53 – 0.73) .

В дослідженні встановлено відсутність кореляційних зв'язків між показником вживання алкоголю AUDIT та іншими психометричними шкалами і психічними станами обстежених пацієнтів з АНГСК.

При вивченні якості життя, як максимально доступної первинної кінцевої точки у лікуванні хворих на АНГСК з НПП встановлено, що середня якість фізичного життя перед ендопротезуванням склала 41,36 (35,03; 45,43) бали, а якість психічного життя склала 39,02 (34,29; 44,95) балів. Також встановлено, що зі збільшенням тривалості АНГСК якість життя погіршується, зокрема

психічний компонент у більшій мірі, ніж фізичний. Оцінюючи вплив психометричних показників на якість життя виявлені статистично значущий помірної сили негативний кореляційний зв'язок між показниками тесту депресії Бека та якістю психічного життя $r_s = -0.40$ (95% ДІ $-0.55, -0.26$) та значущий слабкий негативний кореляційний зв'язок між показниками алекситимію за шкалою ТАС-20 та якістю психічного життя $r_s = -0.28$ (95% ДІ $-0.44, -0.12$). Встановлено, що тривоги за BDI-II статистично значуще помірно негативно корелює з якістю психічного життя: для ОГ1 $r_s = -0.40$ (95% ДІ $-0.63, -0.17$), для ОГ2 $r_s = -0.26$ (95% ДІ $-0.47, -0.05$). Проте при порівнянні коефіцієнтів кореляції не виявлено статистично значущої різниці ($p=0.3789$). Виходячи з цього побудовано однофакторну лінійну регресійну модель прогнозування впливу показників депресії на якість психічного життя.

Виявлено наявність позитивного зв'язку між рівнем алекситимії та тривалості соматичного захворювання, та негативного зв'язку між рівнем тривоги та тривалістю захворювання та виявлено, що на кожний бал депресії з шкалою BDI-II середнє значення якості психічного життя знизиться на 0,38 бали. Також встановлено, що саме факт захворювання, а не рівень фізичних обмежень впливають на психічне життя пацієнтів з АНГСК.

Матеріали даного розділу дослідження відображені у наступних публікаціях [107,108,111–114].

РОЗДІЛ 4

ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА АНГСК

Симптоми депресії можуть зустрічаються в осіб із соматичними захворюваннями. Вважається, що на додаток до інвалідизації, спричиненої хворобою, це є наслідком шкідливого впливу хвороби на нейронні мережі, які контролюють емоції [115].

Поєднання важкого соматичного захворювання, яке зазвичай проявляється у працездатному віці і супроводжується вираженим больовим синдромом та суттєвим зниженням мобільності (здатності до пересування) та НПР має кумулятивний вплив на показники якості життя [62]. Це обумовлює необхідність раннього втручання при НПР [116], оскільки при збільшенні тривалості АНГСК погіршується професійне функціонування, здатність до самообслуговування та незалежного функціонування, здатність та мотивація до міжособистісного спілкування.

На момент проведення нашого комплексного терапевтичного втручання надання допомоги хворим з неспсихотичними психічними розладами невротичного регістру ґрунтувалось на клінічних протоколах надання медичної допомоги пацієнтам, хворим на невротичні розлади (F40-F49) [117], уніфікованому клінічному протоколі медичної допомоги для пацієнтів з депресією [118], та іншими чинними протоколами лікування [115,119–123].

Досі залишається проблемою надання допомоги при НПР у хворих з соматичними захворюваннями в нашій країні через відсутність відповідних рекомендацій у наявних протоколах та настановах [115,117–123]. Проте лікування наявних психічних симптомів у пацієнтів з патологією великих суглобів вже рекомендовано Національним інститутом охорони здоров'я та досконалості у догляді (NICE) [69].

Сучасні принципи корекції НПР включають комплексний підхід у поєднанні біологічних (переважно медикаментозних) та психологічних методів. Психотерапія може бути корисною допомогою у зменшенні болю та покращенні якості життя людей з цим станом. До ефективних методів психотерапії при патології суглобів відносять:

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) - це метод психотерапії, який допомагає людям змінити спосіб, яким вони думають та поведуться у відношенні до своєї хвороби. КПТ може допомогти людям з АНГСК зосередитися на позитивних аспектах свого життя та знайти способи зменшення болю.

Міндфулнес - це метод, який допомагає людям зосередитися на теперішньому моменті та прийняти його таким, який він є. Міндфулнес може допомогти особам з АНГСК зосередитися на тому, що вони можуть контролювати, і знайти способи зменшення болю, такі як зосередження на диханні або медитації.

Психодинамічна терапія - це метод психотерапії, який допомагає людям зрозуміти свої емоції та взаємини з іншими людьми. Цей метод може допомогти людям з АНГСК зрозуміти, як їхні емоції впливають на їх біль, та допомогти їм знайти способи впоратися з цим.

Основні методи психотерапії болю включають КПТ, медитацію та релаксацію, гіпнотерапію тощо. КПТ допомагає людям з болісними станами розуміти та змінювати свої негативні думки та переконання, які можуть спричиняти біль та дискомфорт. Медитація та релаксація можуть допомогти зменшити тривогу та стрес, що можуть підвищувати рівень болю. Гіпнотерапія, зокрема аутотренінг, може допомогти людям з болем управляти своїм болем шляхом зміни свідомості та фокусу.

Таким чином, на підґрунті виявленої клініко-психопатологічної симптоматики та патопсихологічних особливостей у хворих на АНГСК з НПР ми розробили комплекс заходів лікування НПР на засадах персоніфікованого підходу, комплексності, етапності та диферційованості

підходів. Розроблений комплекс заходів включав психоосвітні, психокорекційні та психотерапевтичні заходи, а також психофармакотерапію (транквілізатори, антидепресанти, снодійні тощо).

Було виділено три етапи:

діагностичний – на якому на передопераційному етапі визначали провідний психопатологічний синдром та нозологічну форму НПР;

терапевтичний – на якому проводили корекцію НПР з використанням психоосвіти, психотерапії, психокорекції. За клінічної необхідності пацієнти отримували окрім базового, ще й психофармакологічне лікування (антидепресанти та/або анксиолітики залежно від клінічної форми НПР);

лікувально-реабілітаційний (катамнестичний) – на якому продовжували за потреби корекційні заходи а також оцінювали ефективність втручання.

Для вибору заходів по корекції НПР враховували психопатологічні та патопсихологічні характеристики стану обстежених, отримані на першому етапі в результаті оцінки клініко-психопатологічного, психометричного та патопсихологічного методів. З усіма хворими на АНГСК (137 осіб) на етапі стаціонарного лікування до і після оперативного втручання та ендопротезування тазостегнового суглоба проводилася психоосвітня робота з метою інформування пацієнтів про захворювання, мету, перебіг та наслідки оперативного лікування та реабілітації, формування реалістичного ставлення до соматичного захворювання та лікувально-реабілітаційних заходів.

Через різні причини 41 пацієнт не завершили дослідження до кінця і вибули з нього: 17 осіб з першої групи та 24 особи з другої.

4.1. Психотерапевтичні заходи в комплексному наданні допомоги хворим на АНГСК з НПР

Відповідно до чинних протоколів лікування НПР в надання комплексної допомоги входить не тільки медикаментозне лікування, а й

немедикаментозні заходи, такі як психоосвіта, психокорекція, психотерапія [19,115,117–123].

Метою психоосвітніх та психотерапевтичних заходів було активне формування у хворих раціонального ставлення до своєї хвороби.

З метою формування у пацієнтів з АНГСК раціонального ставлення до наявної хвороби з урахуванням загальних принципів психотерапії у якості основного метод психотерапевтичного впливу ми використовували методики індивідуальної раціональної психотерапії. Перевагою цієї методики, на наш погляд, є здатність досягати значущі позитивні зміни протягом короткого часу та невеликої кількості сеансів. На стаціонарному етапі лікування призначали курс раціональної психотерапії з елементами психоосвіти. Курс лікування складався з 12 сеансів психотерапії з використанням техніки раціональної та поведінко-орієнтованої терапії тривалістю до 40 хвилин.

В індивідуальній раціональній психотерапії ми використовували як методики роз'яснення, переконання, відволікання, так і директивні техніки із залученням харизми та знань лікаря.

Психотерапевтичні бесіди дозволяли знизити страх перед хворобою. Хворих готували до тривалого та складного лікування, пояснювали необхідність та важливість прийняття позитивних рішень стосовно обстеження лікування, виконання призначень та рекомендацій лікарів.

До основних прийомів, які використовувалися в комплексному лікуванні належать:

1. Навчання ідентифікації та фіксації негативні помилкових суджень та заміна їх на пов'язані з реальністю та таким, що сприяють адаптації.
2. Програвання в уяві рольових моделей можливих стресових подій та стратегій їх подолання.
3. Планування деференційованих поведінкових стратегій, для формування навичок та відчуття контролю над різними аспектами власного життя.
4. Релаксаційний поведінковий тренінг при надмірній тривозі.

5. Навчання усвідомлення та відкритого вираження власних почуттів.

6. Самоактуалізація, підвищення самоповаги, допомогу у подоланні почуття безпорадності.

Ми використовували елементи проблем-фокусованої психотерапії, для зміни уявлення пацієнтів про свою хворобу задля створення нових можливостей у формуванні резервів у боротьбі з непсихотичними психічними розладами. Обраний метод передбачав роботу з почуттям самозвинувачення та провини у пацієнтів з АНГСК, для підвищення самооцінки, нормалізації родинних стосунків, як однієї з можливих ланок психосоматичних реакцій.

4.2. Психофармакологічні заходи в комплексному наданні допомоги хворим на АНГСК з НПР

Психофармакотерапія НПР у хворих на АНГСК залежала від провідного синдрому та його клінічних варіантів і була в першу чергу спрямована на зменшення вираженості проявів тривоги, як неспецифічного типу реагування при психогенних розладах [75]. Також до завдань фармакотерапії відносили нормалізацію та стабілізацію поведінки, стабілізацію настрою, активацію пацієнтів. Основними симптомами-мішенями були тривога, страхи, знижений настрій, іпохондрія, астения та апатія, порушення сну тощо.

Для лікування тривожно-депресивного та тривожно-фобічного синдромів перевага має надаватися препаратам з протитривожними властивостями: селективним інгібіторам зворотнього захоплення серотоніна, бензодіазепіновим та небензодіазепіновими транквілізаторам [118,120,121,124]. До основних препаратів, яким віддавали перевагу належали пароксетин, сертралін, есциталопрам, дулоксетин, буспірон, гідазепам тощо. Для редукції тривожно-депресивної симптоматики використовували пароксетин (20-40 мг на добу), або сертралін (до 100-150 мг на добу). Застосування транквілізаторів, з їхньою специфічною активністю

щодо невротичного рівня психопатологічних розладів, проводилося за загальними принципами фармакотерапії з урахуванням загальних та вибіркових ангіневротичних та вегетостабілізуючих та регулюючих сон компонентів з одного боку, та структури клінічної картини, з іншого. Гідазепам використовували для зменшення вираженості пароксизмальної тривоги сублінгвально до 150 мг на добу.

Якщо у пацієнтів переважав депресивно-іпохондричний синдром, то частіше використовувала флуоксетин (20-40 мг на добу) або агомелатин (25-50 мг на добу) у поєднанні з буспіроном. При переважанні астенічної симптоматики ми використовували небензодіазепінові транквілізатори (буспірон) тривалістю 1,5–4 місяці.

При переважанні у клінічній картині апатичних явищ, порушенні почуття відпочинку після сну ефективними були мелатонін та фенібут (до 1500 мг на добу на три прийоми).

Якщо у пацієнтів на перший план виходила астенія у вигляді дратівливої слабкості, вегетативної лабільності з переважанням соматичних скарг хороший ефект мала монотерапія буспіроном у добовій дозі 30 мг на три прийоми.

При збереженні на тлі тривожно-депресивної симптоматики больового синдрому препаратом вибору був дулоксетин у дозуванні 30-60 мг на добу.

При наявності побічних ефектів СІЗЗС або при неможливості їх призначення через наявні протипоказання перевага надавалася тразодону в індивідуально підібраному дозуванні.

При виражених порушеннях сну, залежно від провідного синдрому, використовували міансерин або агомелатин чи мелатонін.

У загальному плані схема тактики психотерапії та психофармакотерапії хворих на АНГСК має наступну послідовність: діагностика психічного стану хворого, виявлення та уточнення синдромальних характеристик НПР, визначення індивідуально-типологічних особливостей особистості, проведення психологічно спрямованих втручань та призначення та

проведення психофармакотерапії, повторна діагностика стану пацієнта після лікування, рекомендації щодо реабілітації та соціальної підтримки.

4.3. Оцінка ефективності комплексного надання допомоги хворим на АНГСК з НПР

В когорту, по якій проводили оцінку ефективності комплексного лікування увійшли 96 пацієнтів, які завершили дослідження; 41 пацієнт вибули через відмову від подальшої участі у дослідженні з різних причин. Через це оцінку ефективності ми проводили лише за повним набором даних стосовно кожного пацієнта, тому показники «до лікування» можуть відрізнятися від даних, наведених у розділі 3. Пацієнтів порівнювали на основі наявності непсихотичних психічних розладів, пов'язаних з тривалістю АНГСК до 5 років та з тривалістю АНГСК більше 5 років. Загальна характеристика груп надана у табл. 4.1.

Таблиця 4.1

Загальна характеристика груп

Показник	Всі (n=96)	ОГ1 (n=38)	%	ОГ2 (n=58)	%	p
1	2	3	4	5	6	7
Вік		41,5 (37;55)		55,5 (50;61)		
Стать						
Чоловіча	63	26	68,4	37	63,8	0,64
Жіноча	33	12	31,6	21	36,2	
Сімейний стан (власна родина)						
наявна	65	29	76,3	36	62,1	0,14
відсутня	31	9	23,7	22	37,9	

Продовження таблиці 4.1

1	2	3	4	5	6	7
Освіта						
Середня	13	7	18,4	6	10,3	0,25
Середня технічна	41	18	47,4	23	39,7	
Вища	42	13	34,2	29	50,0	
Інвалідність						
Відсутня	77	31	81,6	46	79,3	0,78
Наявна	19	7	18,4	12	20,7	
Соціальний статус						
працюючі	32	13	34,2	19	32,8	0,88
непрацюючі	64	25	65,8	39	67,2	

Примітка: розбіжності між розподілами за критерієм χ^2 Пірсона

Після виключення зі статистичної обробки пацієнтів, які не завершили дослідження, у решти обстежених пацієнтів були діагностовано наступні синдромальні варіанти неpsychотичних психічних розладів: тривожно-фобічний 17,7% (17/96), тривожно-депресивний 30,2% (29/96), депресивно-іпохондричний 16,7% (16/96), астено-депресивний 18,7% (18/96) та астено-апатичний синдроми 16,7% (16/96).

Характеристика провідних психопатологічних синдромів у отриманих групах представлена в таблиці 4.2.

Порвнюючи групи зазначимо, що достовірна відмінність у поширеності синдромів зберігається лише для тривожних синдромів, як на прердоопераційному етапі.

Поширеність НПР у хворих з АНГСК в залежності від тривалості захворювання

Провідний синдром	ОГ1 (n=38)	%	ОГ2 (n=58)	%	p
тривожно-фобічний	14	36,8	3	5,2	<0.001
тривожно-депресивний	7	18,4	22	38,0	0.04
депресивно-іпохондричний	3	7,9	13	22,4	0.06
астено-депресивний	8	21,1	10	17,2	0.63
астено-апатичний синдроми	6	15,8	10	17,2	0.86

Примітка: розбіжності між розподілами за критерієм χ^2 Пірсона

Одним із завдань дисертаційного дослідження було сформулювати основні принципи корекції та профілактики НПР з урахуванням клініко-психопатологічних особливостей у хворих на АНГСК і дослідити їх ефективність, то зважаючи на це було проведено статистичний аналіз показників психометричних патопсихологічних методик, які б могли висвітлити ефективність запропонованого комплексного лікування.

Аналізуючи динаміку вираженості психопатологічної симптоматики у хворих на АНГСК з використанням стандартизованої клінічної шкали SCL-90-R (табл. 4.3.), виявлено, що майже всі показники достовірно знизилися після лікування, проте для субшкали obsесивно-компульсивні розлади, ворожість та психотизм зниження було статистично достовірним, проте клінічно незначущим. Субшкала «паранояльні симптоми» показала деяке

статистично достовірне зростання показника, проте він залишився в межах норми для української популяції. Звертає увагу, що зниження по субшкалах «соматизація», «міжособистісна сенситивність», «депресія», «тривожність» було вираженим, проте середній показник за цими субшкалами після лікування залишався вище середньо популяційного, що пояснюється збереженням впливу АНГСК та результатів його лікування у вигляді ендопротезування на психічну діяльність пацієнтів.

Таблиця 4.3

Порівняння показників виразності психопатологічної симптоматики за SCL-90-R у обстежених з АНГСК до та після лікування (Me (IQR))

Показник	до лікування	Після лікування	p	Норма [106] Me (IQR)
1	2	3	4	5
Соматизація	2,08 (0,54)	1,25 (0,67)	<0.001	0.58 (1,0)
Обсесивно-компульсивні розлади	0,40 (0,20)	0,40 (0,15)	0,025	0.4 (0,8)
Міжособистісна сензитивність	1,78 (0,78)	0,55 (0,44)	<0.001	0.33 (0,66)
Депресія	1,92 (1,23)	0,69 (0,73)	<0.001	0.38 (0,77)
Тривожність	1,40 (1,70)	0,80 (1,0)	<0.001	0.3 (0,70)
Ворожість	0,33 (0,17)	0,33 (0,17)	0,002	0.33 (0,67)
Фобічна тривожність	0,43 (0,5)	0,14 (0,14)	<0.001	0.00 (0,43)
Паранояльні симптоми	0,17 (0,17)	0,33 (0,17)	0,013	0.3 (0,83)
Психотизм	0,10 (0,10)	0,10 (0,10)	0,002	0.1 (0,44)

1	2	3	4	5
Індекс GSI	1,16 (0,26)	0,64 (0,35)	<0.001	0.35 (0,60)
Індекс PSI	53 (8)	43 (12,5)	<0.001	–
Індекс PSDI	1,88 (0,37)	1,32 (0,31)	<0.001	–

Примітка: р – розбіжності між групами за критерієм Вілкоксона.

Узагальнюючи порівняння шкал другого порядку зазначимо, що індекс проявлення симптоматики PSI, який демонструє широту симптоматики у обстежених достовірно знизився з 53 (49–57) до 43 (36–48,5). Індекс вираженості дистресу PSDI, який відображає рівень симптоматичного дистресу, знизився з 1,87 (1,73; 2,10) до 1,323 (1,17; 1,48) з $p < 0.001$.

Загальна вираженість психопатологічної симптоматики або індекс тяжкості дистресу (GSI) знизився з 1,16 (1,00; 1,26) до 1,16 (0,46; 0,81) балів. Більш значущим є зниження критерію Дерогатіса ($GSI > 1$): до лікування доля обстежених з важкими симптомами склала 71,88% (95% ДІ 61.78% – 80.58%), а після лікування він склав 9,38% (95% ДІ 4.38% – 17.06%), показавши статистично достовірне зниження (критерій Макнемара 9,03 при $p = 0,003$). Для порівняння критерій Дерогатіса ($GSI > 1$) в популяційному дослідженні склав 17% (95% ДІ 15.40% – 18.69%) ($p < 0.001$ за критерієм χ^2).

Одними з основних мішеней у наданні допомоги пацієнтам з АНГСК з НПР були симптоми тривоги та депресії. Після лікування середній бал тривоги зменшився на 40,9% з 22 (17; 33) до 13 (6; 21) балів, що відповідає незначному рівню тривоги.

Показник депресії після лікування склав 11 (5; 19) балів, показавши зниження на 54,2% з 24 (16; 36) балів. Такий рівень депресії відповідає субдепресії, що потребує лише спостереження, а не втручання.

В таблиці 4.4. подано дані щодо динаміки показників тривоги та депресії в групах порівняння. Ми бачимо, що після лікування медіанні рівні тривоги і депресії достовірно знижуються незалежно від методики лікування.

Таблиця 4.4

Динаміка показників тривоги та депресії

	Показник	До лікування		Після лікування		p*
		Me	Q1-Q3	Me	Q1-Q3	
ГП1 (n=38)	BDI-II	18	11-25	7	3-12	<0.001
	BAI	21	17-30	12	6-21	<0.001
ГП2 (n=58)	BDI-II	26,5	21-39	14,5	10-21	<0.001
	BAI	26	17-35	15,5	7-23	<0.001

Примітка: * - різниця між пацієнтами до та після лікування за критерієм Вілкоксона.

Аналізуючи відмінності результатів лікування по показниках тривоги і депресії в залежності від обраної методики, відмітимо, що пацієнти, які мали меншу тривалість АНГСК мали біль виражене зниження показників депресії у порівнянні з пацієнтами, з тривалістю захворювання більше п'яти років (табл. 4.5.). Проте вираженість тривоги після лікування не залежала від тривалості АНГСК.

Таблиця 4.5

Оцінка рівнів депресії та тривоги в залежності від тривалості АНГСК

Показник	Всі пацієнти (n=96)	ГП1 (n=38)	ГП2 (n=58)	p*
1	2	3	4	5
депресія за BDI-II	11 (5; 19)	7 (3; 12)	14,5 (10; 21)	<0.001

1	2	3	4	5
Тривога за BAI	13 (6; 21)	12 (6; 21)	15,5 (7; 21)	0.216

Примітка: * різниця між групами: за критерієм Манна-Уїтні

У більшості пацієнтів (58 осіб – 60,4%) після лікування депресія була відсутня, у решти – вираженість депресії відповідала легкому або помірному рівню. Лише 4 (4,2%) пацієнти з різними варіантами депресивного синдрому мали показники депресії вище за 15 балів, при тому, що до лікування таких було 31 (32,3%) (рис. 4.1.). Поширеність ступенів вираженості депресії достовірно відрізнялася до та після лікування ($\chi^2=45,29$, $df=9$, $p<0,001$).

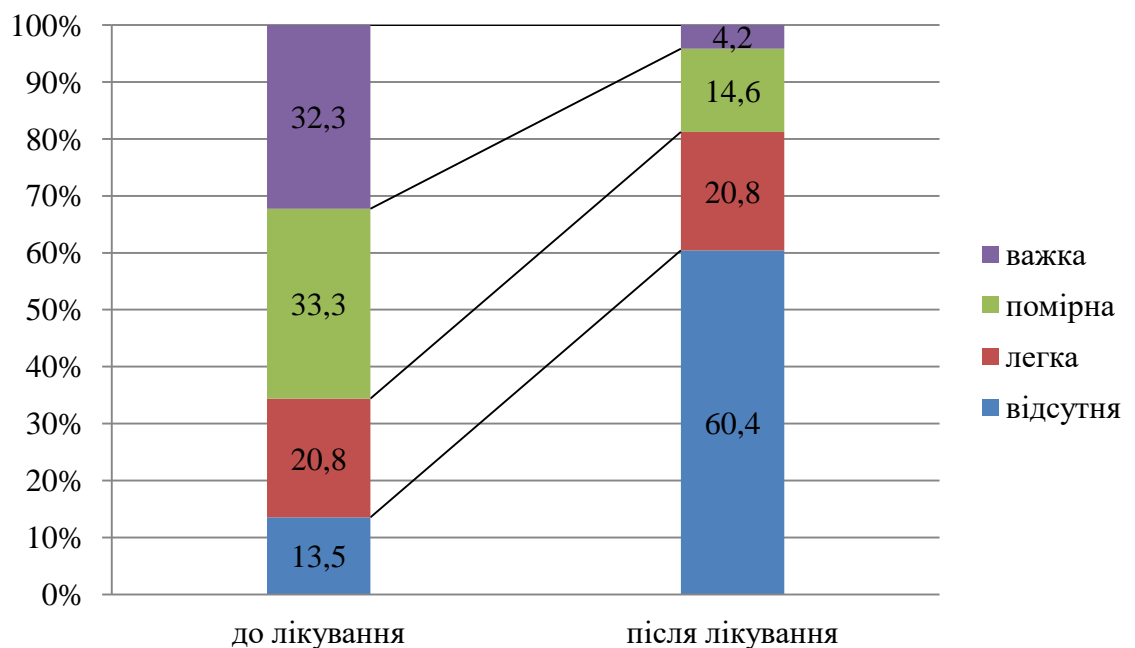


Рис.4.1. Динаміка поширеності ступенів вираженості депресії за BDI-II

Оскільки за тестом BAI рівні тривоги оцінюються лише як низька, помірна і виражена, то за результатами нашого втручання не можна стверджувати про відсутність тривоги. Однак, аналізуючи отримані дані щодо поширеності ступенів тривого до та після лікування у хворих на АНГСК з ННР можна відзначити про достовірне її зниження ($\chi^2=48,89762$,

df=4, p<0,001) (рис. 4.2.). Більшість пацієнтів 76,1% (73/96) мали низький рівень тривоги, а лише 2,08% обстежених (2/96) з різними варіантами тривожного синдрому мали вражений рівень тривоги. Причому вони належали до групи, яка отримувала лише медикаментозну корекцію НПР.

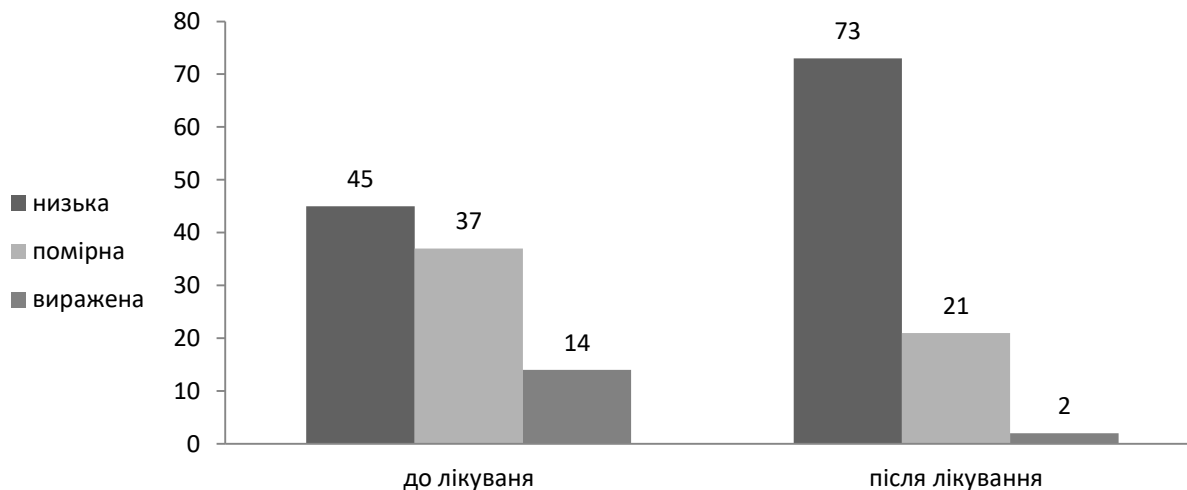


Рис. 4.2. Динаміка поширеності ступенів вираженості тривоги за ВАІ

Детальна порівняльна динаміка ступенів враженості показників тривоги та депресії наведена у табл. 4.6.

Таблиця 4.6

**Оцінка ступенів вираженості депресії та тривоги
в залежності від методу лікування**

Показник		ГП1 (n, %)	ГП2 (n, %)	p*
1		2	3	4
депресія за BDI-II	Відсутня	29 76,32	29 50,00	0,01
	Легка	6 15,79	14 24,14	0,32
	Помірна	3 7,89	11 18,97	0,13
	Важка	0	4 6,90	0,1

1		2	3	4
Тривога за BAI	Низька	32 84,21	41 70,69	0.13
	Помірна	6 15,79	15 25,86	0.24
	Важка	0	2 3,44	0,25

Примітка: розбіжності між розподілами за критерієм χ^2 Пірсона

Оцінюючи наведені у таблицях 4.3–4.6. дані, можемо стверджувати, що призначене лікування, яке поєднувало поєднання індивідуалізованої психофармакотерапії НПР та психотерапевтичних методик у хворих на АНГСК призводить до покращення показників тривоги та депресії після лікування, часто незалежно від триволості АНГСК.

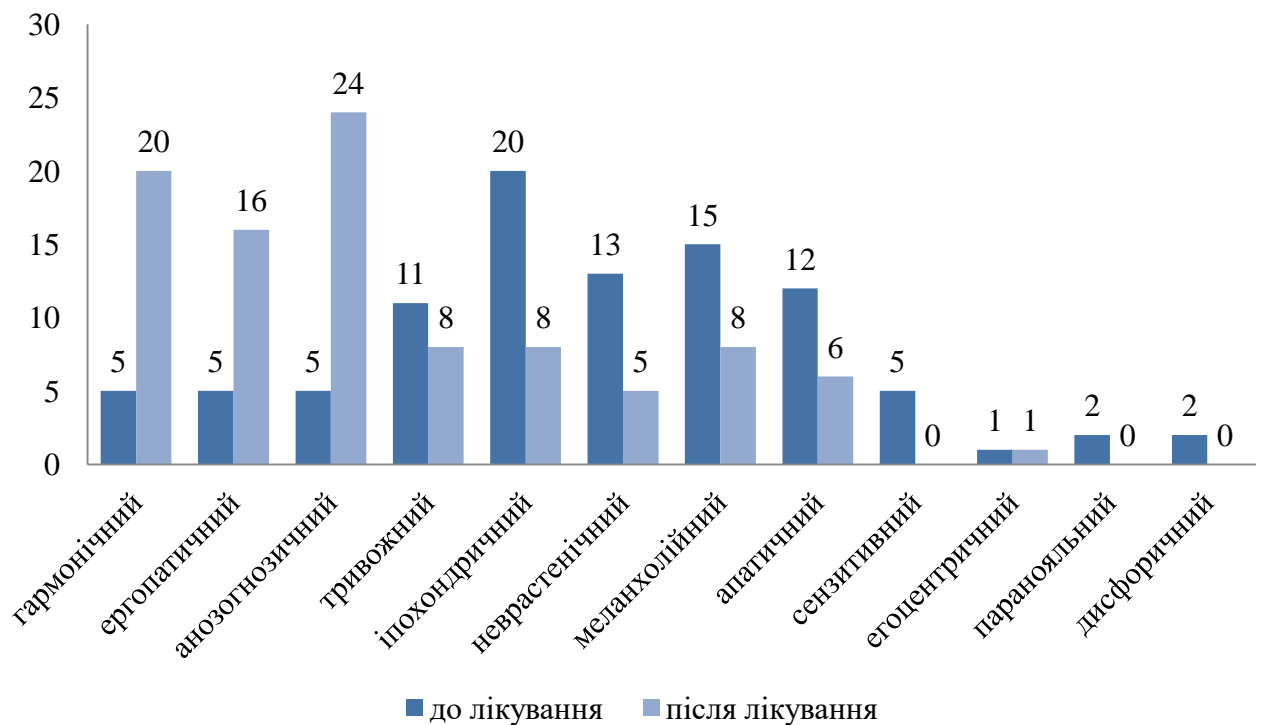


Рис. 4.3. Динаміка поширеності типів відношення до хвороби за ТОБОЛ

Аналіз дослідження результатів типу ставлення до хвороби, що були отримані після втручання (рис. 4.3.) показав зниження поширеності неадаптивних типів ставлення (як екстрапсихічної та і інтрапсихічної спрямованості) до хвороби з одночасним зростанням адаптивних. Звертає на себе увагу суттєве зростання анаозогнозичного типу ставлення до хвороби, наявність якого також потребує певної корекції, оскільки пацієнти після оперативного лікування АНГСК потребують значної зміни стилю життя через фізичні обмеження пов'язані з ендопротезуванням. А порушення або недотримання рекомендацій лікаря щодо ортопедичного режиму в післяопераційному періоді призводить до ускладнень аж до необхідності проведення повторного втручання [125]. Відмінності по поширеності певних блоків типів відношення до хвороби надано у табл. 4.7. Аналізуючи отримані дані, можна стверджувати, що будь-яке лікування, спрямоване на корекцію НІР у хворих на АНГСК збільшує адаптивні типи ставлення до хвороби.

Таблиця 4.7

Поширеність блоків типів відношення до хвороби за ТОБОЛ

	До	Після	p*
Адаптивне	15 (15,6%)	58 (60,4%)	<0.001
Інтрапсихічне	71 (74,0%)	36 (37,5%)	<0.001
Екстрапсихічне	10 (10,4%)	2 (2,1%)	0,02

Примітка: * різниця між групами за χ^2 Пірсона

Порівнюючи поширеність блоків типів відношення до хвороби в залежності від тривалості АНГСК зазначимо, що результати в цілому статистично невідмінні (Kruskal-Wallis test: $H(1, N=96) = 9,9515388$ $p = 0,3293$), та при порівнянні окремих блоків ми також отримали недостовірну різницю по всіх типах спрямованості відношення до хвороби (табл. 4.8.), що можна

пояснити реагуванням типів відношення до хвороби на лікування та незалежність цього показника від тривалості АНГСК.

Таблиця 4.8

Поширеність блоків типів відношення до хвороби за ТОБОЛ залежно від методу лікування

	ГП1 (n,%)	ГП2 (n,%)	p*
Адаптивне	25 (65,79)	33 (56,90)	0,383
Інтрапсихічне	13 (34,21)	23 (39,65)	0,59
Екстрапсихічне	0	2 (3,44)	0,25

Примітка: * різниця між групами за χ^2 Пірсона

Дослідження показників якості життя виявило, обстежені пацієнти мають більш низьку якість життя у порівнянні з середнім популяційним показником (50 ± 10 балів) [110]. Якщо більш низький показник фізичного компоненту якості життя прогнозований виходячи з наявних соматичних симптомів, то зниження психічного компоненту якості життя є показником впливу наявних НПР (таблиця 4.9). Отримані дані свідчать, що зі збільшенням тривалості АНГСК якість життя погіршується, причому психічний компонент у більшій мірі, ніж фізичний. Це відображає вплив хронічного захворювання на психічне життя особи.

За даними аналізу динаміки показників якості життя пацієнтів з АНГСК під впливом проведеної корекції НПР були виявлені наступні особливості (табл. 4.9). Середня зміна показника фізичного компоненту якості життя склала +4,03 бали, тоді як показник психічного компоненту якості життя збільшився в середньому на 8,92 бали. У пацієнтів з тривалістю АНГСК до 5 років фізичний компонент якості життя покращилася на 3,25 балів ($p < 0,05$), психічний компонент якості життя зріс на 6,4 бали ($p < 0,05$). При тривалості АНГСК більше 5 років - фізичний компонент якості життя

збільшився на 4,55 балів ($p < 0.001$), психічний компонент якості життя позитивно змінився на 10,55 балів ($p < 0.001$), що може пояснюватися більшою вираженістю синдромальних проявів НІР при зростанні тривалості АНГСК.

Таблиця 4.9

Динаміка показників якості життя в процесі лікування в залежності від тривалості захворювання

Група	Показник	До лікування		Після лікування		p*
		М	Q1-Q3	М	Q1-Q3	
ГП1 (n=38)	MCS	43,46	36,94-46,47	49,89	45,67-53,28	0,002
	PCS	42,72	40,37-48,8	45,97	42,71-50,19	0,015
ГП2 (n=58)	MCS	36,55	30,1-41,9	47,10	43,88-50,62	<0.001
	PCS	38,60	33,9-44,22	43,15	40,83-46,17	<0.001

Примітка: * - достовірна різниця між пацієнтами до та після лікування за критерієм Вілкоксона.

При аналізі динаміки показників психічного компоненту якості життя (табл. 4.10) в розрізі наявного провідного психопатологічного синдрому варто відмітити, що збільшення тривалості захворювання негативно впливає на якість життя, і, навіть, особи з провідним астено-апатичним синдромом, для яких не властиве зниження MCS при тривалості АНГСК до 5 років, мають відповідні проблеми (Δ зниження – 31%). При аналізі динаміки MCS слід зазначити, що не для всіх пацієнтів стало можливим досягнення середньо-популяційних рівнів ЯЖ, так, наприклад при тривалості АНГСК до 5 років пацієнти з провідним тривожно-фобічним та астено-депресивним синдромами не досягли показника 50 ± 10 балів.

Відмінна ситуація спостерігається у пацієнтів з тривалістю захворювання АНГСК більше 5 років. Пацієнти з жодним з варіантів

провідних психопатологічних синдромів не досягли середньопопуляційного рівня психічного компоненту ЯЖ після лікування.

Таблиця 4.10

Динаміка показників психічного компоненту якості життя в процесі лікування в залежності від провідного синдрому

Синдром	ОГ1		ОГ2	
	До	Після	До	Після
тривожно-фобічний	39,2±6,3	47,6±3,4*	45,3±4,2	46,8±1,1
тривожно-депресивний	44,8±4,6	50,4±5,1	37,3±8,9**	47,3±6,0*
депресивно-іпохондричний	48,4±15,8	52,2±8,2	29,9±10,8**	44,9±5,8*
астено-депресивний	39,3±6,1	47,3±3,9*	39,7±3,0	47,9±5,3*
астено-апатичний	54,8±8,3	56,8±6,2	37,8±14,8	48,7±8,4*

Примітка: * - достовірна різниця між пацієнтами до та після лікування ($p < 0,05$ за тестом Вілкоксона)

** – достовірна різниця між пацієнтами з однаковими синдромами в залежності від тривалості захворювання ($p < 0,05$ за тестом Манна-Уїтні)

При проведенні кореляційного аналізу встановлено показників компонентів якості життя після лікування з іншими психометричними показниками встановлено, що фізичний компонент мав сильну пряму кореляцію з аналогічним компонентом до лікування ($r_s = 0,46$, 95%ДІ 0, 687–0,847), а також слабкі достовірні зворотні кореляційні зв'язки індексом глобального функціонування після лікування та рівнем депресії після лікування.

При цьому було встановлено слабкий прямий кореляційний зв'язок фізичного компоненту після лікування з психічним компонентом до лікування ($r_s = 0,22$, 95%ДІ 0,021– 0,402) (табл. 4.11).

Кореляційні взаємозв'язки між психометричними показниками та ЯЖ після лікування у хворих на АНГСК з НПР (коефіцієнти рангової кореляції Спірмена r_s)

	PCS 1	MCS 1	GSI 2	BDI-II 2	BAI 2
PCS2	0,78*	0,22*	-0,23*	-0,22*	-0,07
MCS2	0,08	0,46*	-0,26*	-0,35*	-0,28*

Примітка. * – статистично значущі ($p < 0,05$) коефіцієнти кореляції

Психічний компонент якості життя після лікування мав помірної сили пряму кореляцію з аналогічним компонентом до лікування ($r_s = 0,46$, 95%ДІ 0,286 – 0,604), що підтверджує ідею залежності психічного компоненту якості життя від різних факторів. Встановлена помірної сили зворотня кореляція психічного компоненту якості життя від рівня депресії за тестом BDI-II після лікування ($r_s = -0,35$, 95%ДІ -0,514 – -0,161), та слабкі зворотні кореляції з показниками GSI ($r_s = -0,26$, 95%ДІ -0,437 – -0,063) та тривоги після лікування ($r_s = -0,28$, 95%ДІ -0,454 – -0,085) (табл. 4.11).

Отримані дані стосовно зв'язку психічного компоненту якості життя з показниками тривоги, депресії та індексу глобального функціонування змушують проводити подальший пошук факторів, які впливають на формування психічного компоненту якості життя.

4.4. Внесок факторів у показник ЯЖ за даними множинного регресійного аналізу.

Психометричні показники, для яких на попередньому етапі роботи було виявлено достовірну кореляцію з ЯЖ, для визначення рівню їх впливу на варіацію цього показника було включено в множинний лінійний регресійний аналіз.

За результатами здійсненого при побудові регресійної моделі аналізу гістограм залишків з побудовою частотної діаграми (рис. 4.4.) та аналізу графіків залишків (рис. 4.5.) гіпотезу про нормальний розподіл не відхилили, (залишки мали нормальний розподіл). Діаграма розсіювання показала (рис. 4.6), що залишки не залежали від передбаченого показника.

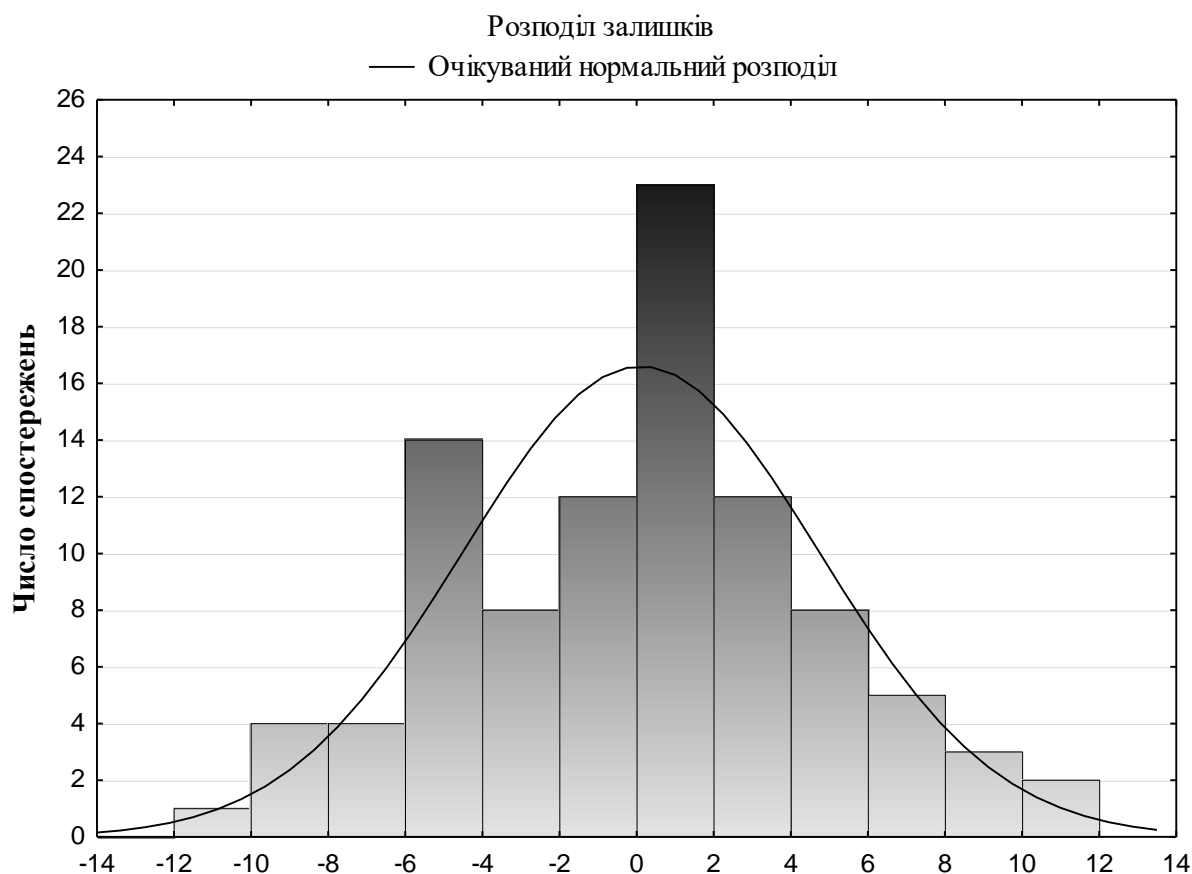


Рис. 4.4. Частотна діаграма залишків для регресійної моделі

На рисунку 4.4 ми спостерігаємо, що систематичні відхилення фактичних даних від теоретичної нормальної прямої відсутні, про що також свідчить нормальний розподіл залишків (рис. 4.5). Дані цих перевірок є обов'язковою умовою побудови моделі регресивного аналізу.

Також необхідно перевіряти залежність залишків від передбаченого показника, оскільки для вірно побудованої моделі мають бути відсутні означені залежності.

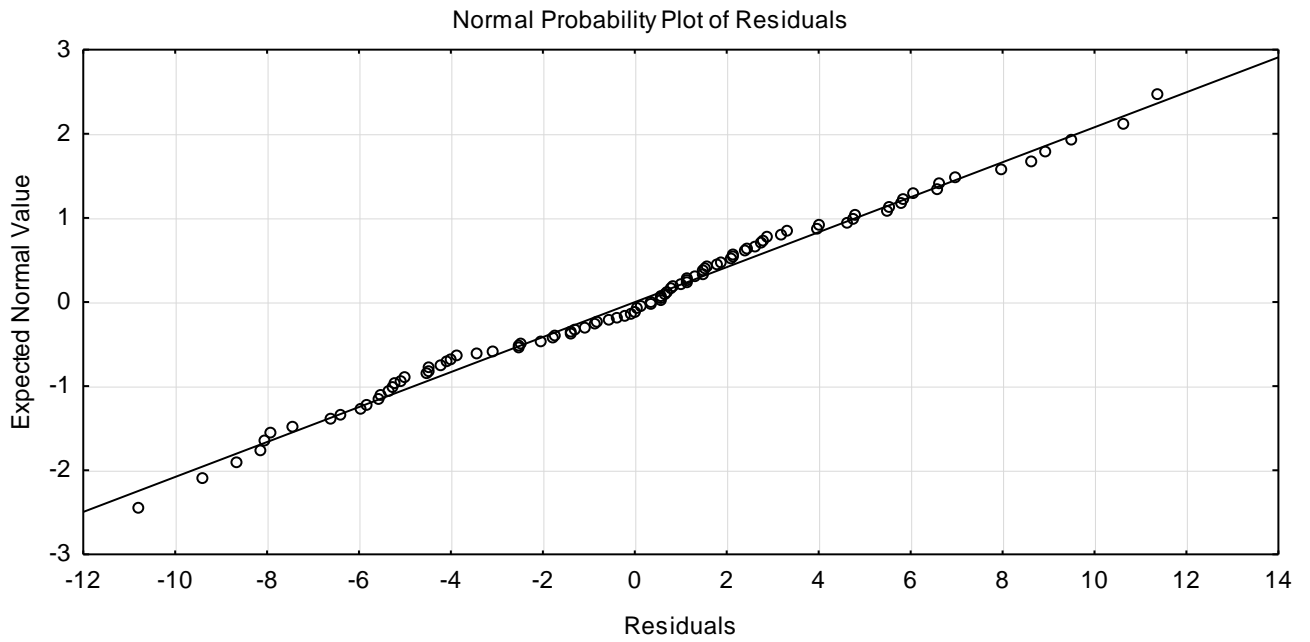


Рис. 4.5. Графік розподілу залишків для регресійної моделі

Аналіз діаграми розсіювання виявив (рис. 4.6.), що залишки не залежали від передбаченого показника (за діаграмами розсіювання).

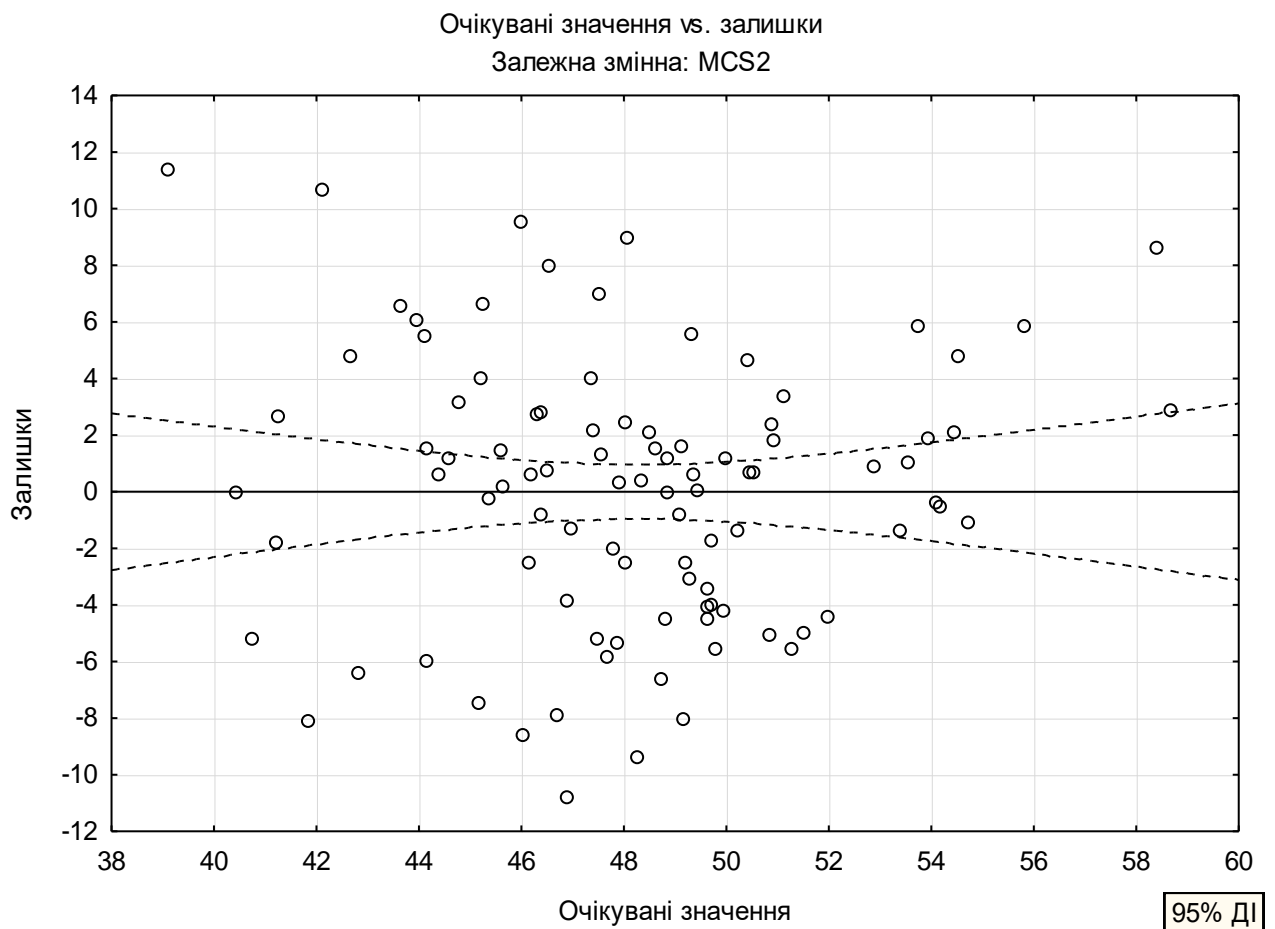


Рис. 4.6. Діаграма розсіювання залишків для регресійної моделі

Таким чином, ми провели множинний лінійний регресійний аналіз впливу психометричних факторів у 96 хворих на АНГСК після проведеного лікування на психічний компонент якості життям (табл. 4.12). Виходячи з отриманих даних, рівняння множинної регресії для MCS2 мало наступний вигляд:

$$\text{MCS2} = 36.58 - 0.12 * \text{BAI2} + 0.34 \text{ MCS1} \quad (4.1)$$

Таблиця 4.12

Результати множинного регресійного аналізу для MCS2

Фактор, n=96	β	Стандартна похибка β	t(93)	p
константа	36,58	2,24	16,32	<0,001
MCS2	0,34	0,05	7,06	<0,001
BAI2	-0,12	0,06	-1,99	0,049

Примітка: β – коефіцієнт регресії для MCS.

t – статистика критерію Стьюдента

Коефіцієнт детермінації ($r^2 = 0,3931\%$; $F(2;93) = 30,11$ з $p < 0,001$) вказує на те, що 39,31% мінливості якості психічного життя після лікування слід пояснювати її взаємозв'язком з варіацією рівня тривоги після лікування та рівнем якості життя на доопераційному етапі.

При оцінці отриманої моделі у цілому за допомогою ANOVA вона була визнана прийнятною: критерій Фішера, $df=2$, $p < 0,001$.

Зазначена регресійна модель доводить вплив показника тривоги за шкалою BAI разом в показником якості життя на передопераційному етапі на психічний компонент якості життя на відновчому етапі.

Одночасно показники GSI 2 та BDI-II 2 не входять до достовірної регресійної моделі. Їхній вплив на показник психічного компоненту якості

життя у пацієнтів з НІР при АНГСК належить дослідити в наступних дослідженнях.

Висновки за розділом 4.

Дослідження клініко-психопатологічних особливостей після лікування пацієнтів з НІР при АНГСК є важливим у уточненні їх вплив на якість життя. Ми розділили методом генерації випадкових виборок обстежених пацієнтів на дві групи: перша група отримували психологічне втручання разом з психофармакотерапією, друга група – лише фармакотерапію. Гендерно-вікові характеристики були однаковими в обох групах. До кінця дослідження з різних причин вибули 41 пацієнт: 15 осіб з першої групи та 26 осіб з другої.

В результаті лікування Індекс тяжкості дистресу (GSI) знизився з 1,16 (1,00; 1,26) до 1,16 (0,46; 0,81) балів. Більш значущим є зниження критерію Дерогатіса (GSI > 1): до лікування доля обстежених з важкими симптомами склала 71,88% (95% ДІ 61.78% – 80.58%), а після лікування він склав 9,38% (95% ДІ 4.38% – 17.06%), показавши статистично достовірне зниження (критерій Макнемара 9,03 при $p=0,003$).

Встановлено вплив індивідуалізованого лікування на синдромальні НІР призводить до покращення стану пацієнтів.

Встановлено, що 39,31% мінливості психічного компоненту якості життя після лікування слід пояснювати її взаємозв'язком з варіацією рівня тривоги після лікування та рівнем якості життя на доопераційному етапі.

При аналізі динаміки психічного компоненту якості життя слід зазначити, що не для всіх пацієнтів стало можливим досягнення середньо-популяційних рівнів на рівні 50 ± 10 балів. При тривалості АНГСК більше 5 років жоден з варіантів провідних психопатологічних синдромів після лікування не досягли середньопопуляційного рівня.

Запропонований підхід поєднання психофармакотерапії та психотерапії забезпечує більш ефективне й тривале покращення психічного стану та

якості життя пацієнтів НПР при АНГСК з і може бути використаний у діяльності лікувально-профілактичних закладах, які надають допомогу пацієнтам з АНГСК.

Матеріали даного розділу дослідження відображені у наступних публікаціях [108,126–128].

РОЗДІЛ 5

ПРЕДИКТОРИ ТА ПРОГНОЗУВАННЯ ЯКОСТІ ПСИХІЧНОГО ЖИТТЯ У ХВОРИХ З АНГСК та ННР

Важливим завдання є у наданні допомоги хворим на хронічні соматичні і психічні захворювання є досягнення клінічних кінцевих точок. Традиційно виділяють наступні категорії клінічно значущих результатів (кінцеві точки) [129]:

- пов'язані із смертю;
- пов'язані з захворюваністю;
- пов'язані з якістю життя.

У нашому дослідженні ми вважаємо, що у якості кінцевої точки важливо досліджувати якість життя, включаючи психічний компонент, оскільки АНГСК безпосередньо не впливає на смертність, а вплив на захворюваність не був на меті нашого дослідження.

Ураховуючи, що якість життя хворих на АНГСК залежить не тільки від фізичних проблем та больового синдрому, а також від їх реакції на хворобу, зазвичай тривожно-депресивного спектру, для досягнення оптимальних значень показника якості життя слід розглядати вплив на психічний його компонент. Для цього необхідно виявляти предиктори, які перешкоджають досягненню середньопопуляційних показників і в подальшому впливати на них.

5.1. Порівняльний аналіз груп хворих стосовно досягнення нормальної якості психічного життя.

За результатами спостереження та втручання лише 36 з 96 хворих, які дійшли до кінці дослідження отримали показник якості психічного життя більше, ніж 50 балів, який є умовною популяційною нормою. Виходячи з цього для пошуку факторів, які впливають на психічний компонент якості

життя, та для розробки моделі її прогнозування у хворих з АНГСК та НПР ми розділили пацієнтів, які завершили дослідження на дві групи. Сформовані групи не відрізнялися за віком ($p=0,96$), статтю ($p=0,38$), сімейним статусом ($p=0,08$), кількістю уражених суглобів ($p=0,82$), освітою ($p=0,43$), працевлаштованістю ($p=0,43$) та наявністю інвалідності з соматичного захворювання ($p=0,71$). Проте були встановлені відмінності за результатами надання допомоги. Так особи, які не досягли цільової якості психічного життя мали статистично достовірні більш високі показники тривоги ($p=0,001$) та депресії ($p=0,03$) після лікування. При цьому були відсутні достовірні відмінності за результатами SCL-90-R.

Такі результати примусили наш шукати ретроспективні відмінності між виділеними групами з метою виявити предиктори, які впливають на досягнення пацієнтами з АНГСК нормального рівня якості психічного життя. Відмінності за психометричними показниками, які були отримані на передопераційному етапі представлено у табл. 5.1.

Таблиця 5.1

Вираженість психометричних показників та ЯЖ в групах порівняння MCS2

Показник	MCS2<50 (n=60)				MCS2>50 (n=36)				P
	M	SD	Me	IQR	M	SD	Me	IQR	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
BDI-II	26,80	10,52	25,00	16,00	22,86	12,84	19,50	22,00	0,08
BHS	9,13	6,05	6,50	11,50	7,22	5,21	5,00	7,00	0,22
TMAS	28,60	8,87	27,00	13,00	24,06	10,02	21,50	16,50	0,01
BAI	28,02	12,14	26,00	13,50	23,06	11,26	20,00	17,50	0,04
TAS-20	71,58	11,89	71,50	16,50	67,72	13,91	67,00	19,50	0,19
Вік	50,67	12,02	53,00	19,50	51,97	10,31	54,00	14,50	0,61
Індекс GSI	1,17	0,20	1,18	0,25	1,05	0,19	1,03	0,30	0,004

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PSDI	1,95	0,24	2,01	0,34	1,84	0,21	1,79	0,32	0,01
PSI	54,02	6,43	54,00	8,00	51,00	6,92	52,50	11,00	0,042
MCS1	40,02	7,46	41,05	9,47	40,59	8,02	42,39	13,42	0,002
PCS1	36,29	7,75	36,88	8,93	44,27	12,21	42,83	18,45	0,62

Примітка: р - розбіжності між розподілами за критерієм Манна-Уїтні.

З таблиці 5.1 ми бачимо, що залежно від підсумкового рівня якості психічного життя, пацієнти достовірно відрізнялися за показниками тривоги, тривожності, алекситимії, та показниками за опитувальником SCL-90, такими як GSI, PSDI, PSI. Достовірно, але не надто клінічно значуще відрізнялися показники якості психічного життя, при відсутності відмінностей у показнику фізичного життя.

При аналізі розподілу отриманих категорійних даних між когортами хворих які досягли та не досягли номінальної якості психічного життя було виявлено достовірну різницю з більшою кількістю у першій когорті (табл. 5.2).

Таблиця 5.2

Розподіл біноміальних показників та ЯЖ в групах порівняння (n (%)).

Показник/синдром		Усі (n=96)	MCS2<50 (n=60)	MCS2>50 (n=36)	р
1	2	3	4	5	6
Тривожно- фобічний	0	79 (82,3)	45 (75,0)	34 (94,4)	р=0,02*
	1	17 (17,7)	15 (25,0)	2 (5,6)	
Тривожно- депресивний	0	67 (69,8)	43 (71,7)	24 (66,7)	р=0,61**
	1	29 (30,2)	17 (28,3)	12 (33,3)	

1	2	3	4	5	6
Депресивно-іпохондричний	0	80 (83,3)	47 (78,3)	33 (91,7)	p=0,15*
	1	16 (16,7)	13 (21,7)	3 (8,3)	
Астено-депресивний	0	78 (81,3)	49 (81,7)	29 (80,6)	p=0,89**
	1	18 (18,7)	11 (18,3)	7 (19,4)	
Астено-апатичний	0	80 (83,3)	56 (93,3)	24 (66,7)	p=0,001*
	1	16 (16,7)	4 (6,7)	12 (33,3)	
Тривалість захвор	0	38 (39,6)	22 (36,7)	16 (44,4)	p=0,45**
	1	58 (60,4)	38 (63,3)	20 (55,6)	
Безнадійність (за BHS)	0	59 (61,5)	32 (53,3)	27 (75)	p=0,03**
	1	37 (38,5)	28 (46,7)	9 (25)	
Депресія (за BDI-II)	0	13 (13,5)	5 (8,3)	8 (22,2)	p=0,07*
	1	83 (86,5)	55 (91,7)	28 (77,8)	
Тривожність (за TMAS)	0	45 (46,9)	22 (36,7)	23 (63,9)	p=0,01**
	1	51 (53,1)	38 (63,3)	13 (36,1)	
Тривога (за ВАІ)	0	45 (46,9)	22 (36,7)	23 (63,9)	p=0,01**
	1	51 (53,1)	38 (63,3)	13 (36,1)	
Алекситимія (за ТАС-20)	0	18 (18,7)	7 (11,7)	11 (30,6)	p=0,04**
	1	78 (81,3)	53 (88,3)	25 (69,4)	
Власна родина	0	31 (32,3)	24 (40)	7 (19,4)	p=0,04**
	1	65 (67,8)	36 (60)	29 (80,6)	
інвалідність	0	77 (80,2)	49 (81,7)	28 (77,8)	p=0,84**
	1	19 (19,8)	11 (18,3)	8 (22,2)	

Примітка. «0» – відсутність фактора, «1» – наявність фактора.

Достовірність відмінностей між групами за критерієм:

* – Фишера,

** - χ^2 в тому числі з поправкою Йетса.

5.2. Уніваріантний логістичний аналіз для визначення шансів на досягнення номінальної якості життя.

Психометричні характеристики, які відрізнялися у пацієнтів які досягли і не досягли достатньої якості життя, а також категорійні змінні було включені в уніваріантний логістичний аналіз. Дані щодо предикторної можливості змінних, які отримано у уніваріантному логістичному аналізі, разом з оцінкою якості рівнянь та їх прогностичною здатністю представлені у табл.5.3 (неперервні змінні) та табл. 5.4 (категорійні змінні).

Таблиця 5.3

Уніваріантний логіт-аналіз клінічних та психометричних предикторів якості психічного життя (неперервні змінні)

Предиктор	β	Стандартна похибка β	Статистика Вальда	p^*	ВШ (95% ДІ)	AUC (95% ДІ)
1	2	3	4	5	6	7
TMAS	-0,054	0,024	4,949	0,026	1,06 (1,01–1,11)	0,657 (0,553 – 0,751)
BAI	-0,038	0,020	3,706	0,054	0,962 (0,93–1,00)	0,624 (0,519 – 0,721)
BDI-II	-0,031	0,019	2,594	0,107	1,031 (0,99–1,07)	0,606 (0,502 – 0,705)
GSI	-3,299	1,180	7,815	0,005	0,04 (0,004–0,37)	0,677 (0,573 – 0,769)
PSDI	-2,04	0,949	4,622	0,031	0,13 (0,02–0,84)	0,606 (0,546 – 0,744)
PSI	-0,07	0,034	4,290	0,038	0,93 (0,87–0,996)	0,624 (0,520 – 0,721)

1	2	3	4	5	6	7
MCS1	0,087	0,026	11,434	<0.01	1,09 (1,04–1,15)	0,690 (0,588 – 0,781)

Примітка. β – коефіцієнт регресії,

* - достовірність p за критерієм χ^2

З аналізу таблиці 5.3 випливає, що найменший вплив на досягнення номінальної якості життя за даними уніваріантного аналізу має індекс GSI з методики SCL-90-R, проте цей показник має надто широкий ДІ та середню якість моделі на підставі AUC. В множинний логістичний аналіз ми не внесли показники PSDI та PSI, оскільки з одного боку найбільш важливим вторинним показником з методики SCL-90-R є індекс GSI, а з іншого боку вони мали довірчі інтервали дуже наближені до «1» та середньої якості прогностичні моделі.

Єдиною неперервною змінною, яка підвищує шанси досягнення високої якості життя є показник якості психічного життя до лікування, тобто чим вища якість життя під час захворювання, тим більше шансів, що вона буде нормальною після лікування.

За результатами простого логістичного аналізу бінарних ознак встановлено, що наявність тривожно-фобічного, астено-апатичного синдромів, а також власної родини достовірно збільшує шанси досягнення нормальної ЯЖ, а присутність у хворих тривоги, тривожності, безнадійності та алекситимії достовірно знижують ці шанси, що наведено у табл. 5.4.

Таблиця 5.4

Уніваріантний логіт-аналіз клінічних та психометричних предикторів якості психічного життя (категорійні змінні)

Предиктор	β	Стандартна похибка β	Статистика Вальда	p^*	ВШ (95% ДІ)	AUC (95% ДІ)
1	2	3	4	5	6	7
Тривожно-фобічний синдром	1,73	0,79	4,87	0,03	5,67 (1,21–26,46)	0.60 (0,49–0,70)

Продовження таблиці 5.4

1	2	3	4	5	6	7
Тривожно-депресивний синдром	0,23	0,46	0,27	0,61	1,26 (0,003–0,37)	0,53 (0,42–0,63)
Астено-апатичний синдром	1,95	0,63	9,64	0,002	7,00 (2,05–23,91)	0,63 (0,53–0,73)
Астено-депресивний синдром	0,07	0,54	0,02	0,89	1,08 (0,38–3,08)	0,51 (0,40–0,60)
Депресивно-іпохондричний синдром	-1,11	0,68	2,68	0,10	0,33	0,09–1,24
Депресія (за BDI-II)	-1,15	0,62	3,46	0,06	0,32 (0,10 – 1,06)	0,57 (0,46–0,67)
Безнадійність (за BHS)	-0,97	0,46	4,33	0,04	0,38 (0,15 – 0,95)	0,61 (0,50–0,70)
Тривожність (за TMAS)	-1,12	0,44	6,49	0,01	0,33 (0,14 – 0,77)	0,64 (0,53–0,73)
Тривога (за ВАІ)	-1,12	0,44	6,49	0,01	0,33 (0,14 – 0,77)	0,64 (0,53–0,73)
Алекситимія (за ТАС-20)	-1,20	0,54	4,95	0,03	0,30 (0,10 – 0,87)	0,60 (0,49–0,70)
Власна родина	1,02	0,50	4,18	0,04	2,76 (1,04 – 7,31)	0,60 (0,50–0,70)

Нашим наступним кроком була побудова логістичної моделі передбачення, чи досягне після лікування хворий нормальних показників

якості психічного життя. Побудована модель дозволить в майбутньому ще на етапі лікування приділяти більше уваги предикторам непокращення якості психічного життя з метою зменшення їх впливу.

5.3. Прогнозування досягнення якості життя за результатами множинного логістичного аналізу.

Показники, які мали достовірний вплив на досягнення нормальної якості психічного життя у хворих з АНГСК за результатами уніваріантного логістичного аналізу (табл.5.3, табл. 5.4) ми покроково включали множинний логістичний аналіз. У табл. 5.5 наведені параметри отриманої моделі.

Таблиця 5.5

Параметри множинної логістичної регресійної моделі передбачення вірогідності госпіталізації

Предиктор	β	Стандартна похибка β	Статистика Вальда	p	ВШ	95% ДІ
MCS1	0,08	0,03	7,70	0,006	1,09	1,03 – 1,15
Індекс GSI	-3,63	1,62	5,05	0,03	0,03	0,001–0,63
Астено-апатичний синдром	1,90	0,92	4,26	0,04	6,70	1,10–40,86
Тривожно-депресивний синдром	1,76	0,64	7,48	0,006	5,81	1,64–20,55
Алекситимія	-1,83	0,69	6,97	0,008	0,16	0,04–0,62
Константа	0,77	2,12	0,13	0,72		

Результуючою формулою отриманої моделі є:

$$p = \frac{\exp(0,77 + 0,08X_1 - 3,63X_2 + 1,9X_3 + 1,76X_4 - 1,83X_5)}{1 + \exp(0,77 + 0,08X_1 - 3,63X_2 + 1,9X_3 + 1,76X_4 - 1,83X_5)} \quad (5.1)$$

де: p – вірогідність недосягнення цільової якості життя;

$0,77$ – вільний член;

x_1 – показник якості життя до лікування;

x_2 – Індекс GSI до лікування;

x_3 – бінарний показник наявності астено-апатичного синдрому;

x_4 – бінарний показник наявності тривожно-депресивного синдрому.

x_5 – бінарний показник наявності алекситимії

При побудові множинної логістичної регресійної моделі жоден з результатів не було класифіковано як «викид», для включення в модель були використані випадки з повним набором даних, кількість спостережень на один предиктор перевищувала 10.

Отримана нами модель пояснила 44,2% варіацій у чорновому результаті та правильно класифікувала 78,12% випадків.

Досліджуючи якість побудованої моделі ми встановили, що серед членів рівняння була відсутня колінеарність (табл. 5.6).

Таблиця 5.6

Кореляційна матриця показників, що увійшли у результуюче рівняння

Показник	Індекс GSI	MCS 1	Астено-апатичний синдром	Тривожно-депресивний синдром	Алекситимія
1	2	3	4	5	6
Індекс GSI	1,00	-0,17	-0,30	0,33	-0,13
MCS 1	-0,17	1,00	0,01	-0,10	0,04
Астено-апатичний синдром	-0,30	0,01	1,00	0,23	-0,20

1	2	3	4	5	6
Тривожно-депресивний синдром	0,33	-0,10	0,23	1,00	-0,40
Алекситимія	-0,13	0,04	-0,20	-0,40	1,00

Подальша перевірка включала обчислення критерію Хосмера-Лемешова, який склав 3,68 ($p=0,88$) та використання методу максимальної правдоподібності, який виявив: $\chi^2=37,63$, $df=5$, $p<0,0001$). Отримані результати свідчать про достатню відповідність між даними отриманими в нашому дослідженні та отриманою логістичною моделлю.

Також, досліджуючи якість отриманої логістичної моделі ми провели аналіз залишків, отриманих при тестуванні моделі та не виявили жодного систематичного відхилення (рис. 5.1).

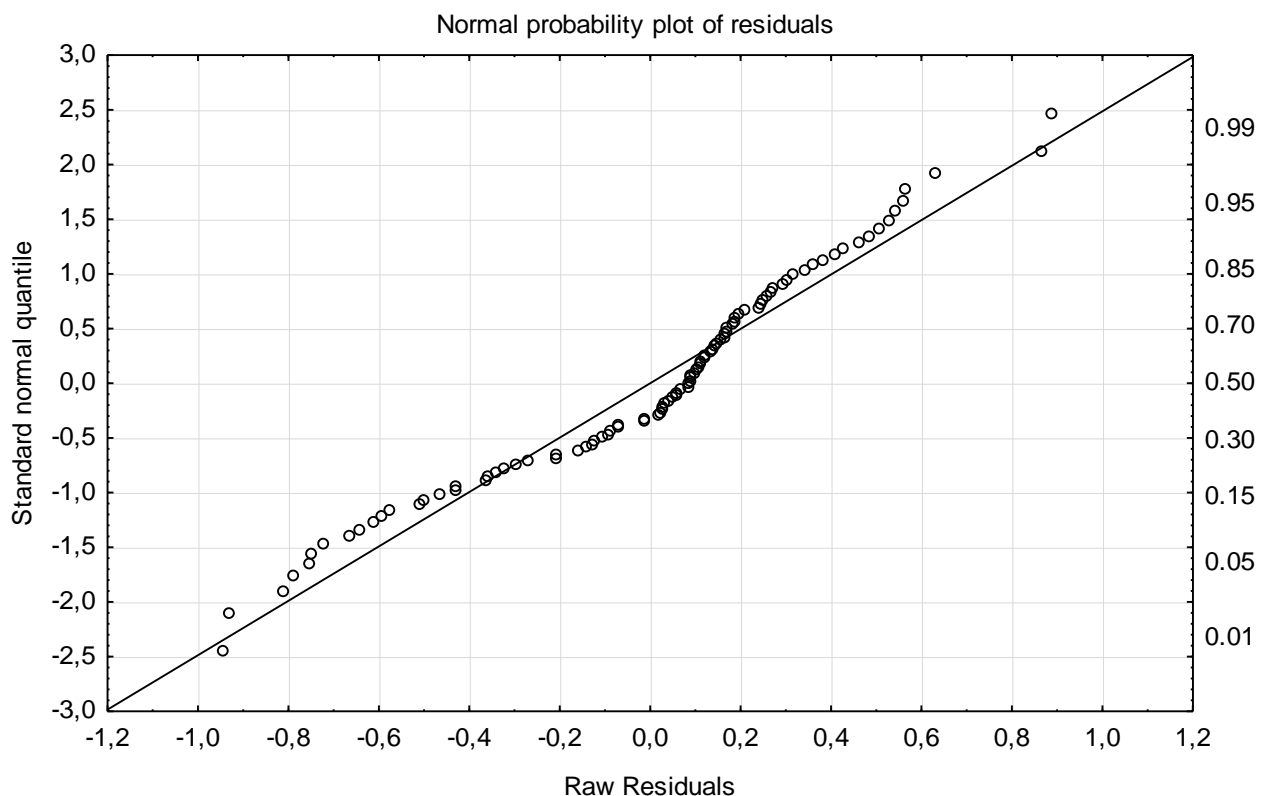


Рис. 5.1. Розподіл залишків побудованої моделі

Оцінка прогностичної точності рівняння логістичної регресії проводилася побудовою ROC кривої отриманої моделі та аналізом AUC, яка у побудованої моделі становила 0,849 (95% ДІ 0,761–0,914), $p < 0,0001$, що говорить про її дуже добру прогностичну здатність (рис. 5.2.)

Наступним кроком ми порівняли за допомогою ROC-аналізу прогностичної здатності отриманої множинної логістичної моделі з уніваріантними моделями предикторів, що увійшли до результуючої моделі (рис. 5.3.). Інтерпретуючи наявні графічні дані видно, що площа під кривою отриманої моделі суттєво достовірно перевищує площі під кривими для, побудовані окремо для кожного з предикторів.

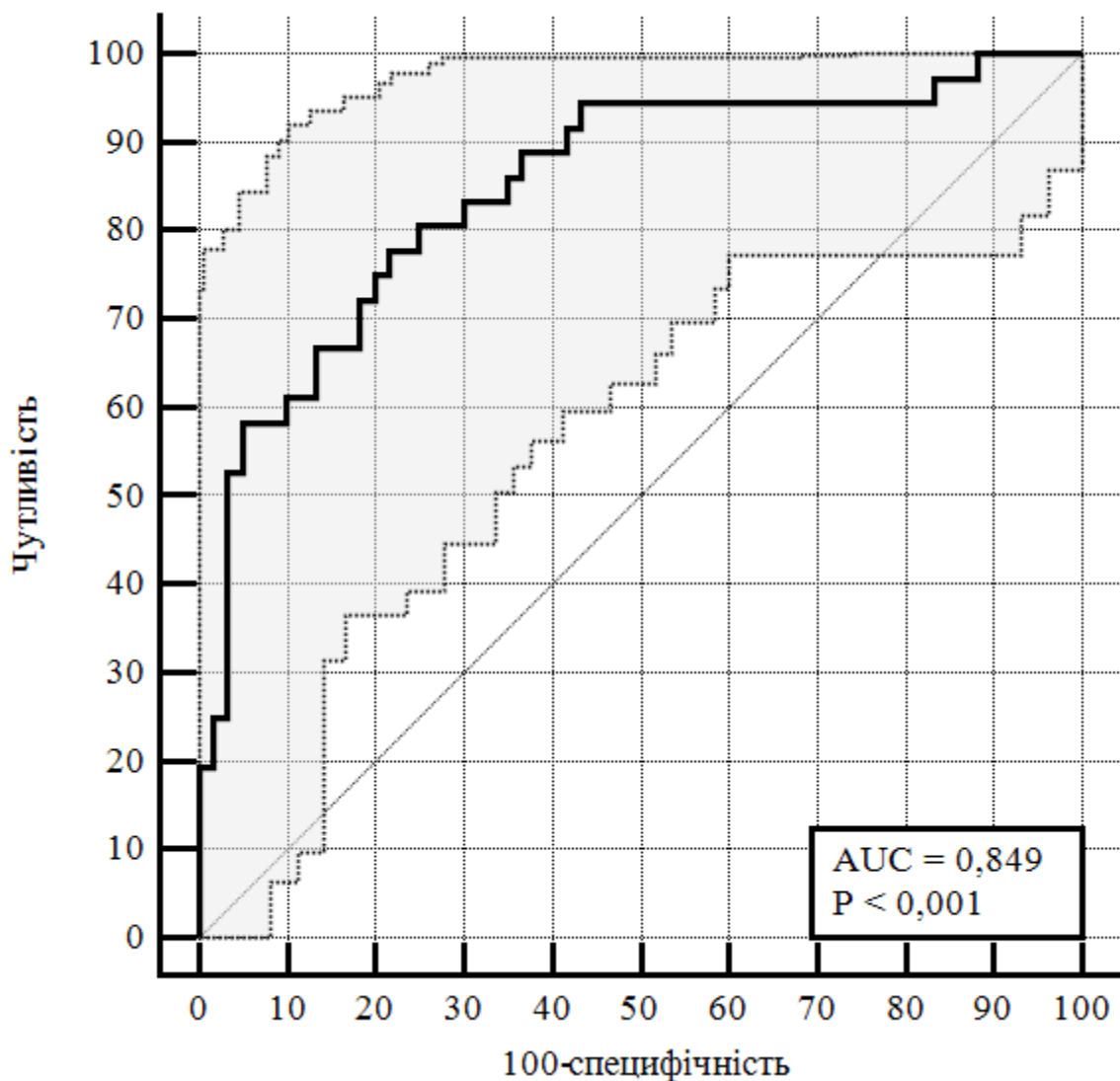


Рис. 5.2. ROC-множинної логістичної моделі прогнозування досягнення нормальної якості життя у хворих на АНГСК з НПР.

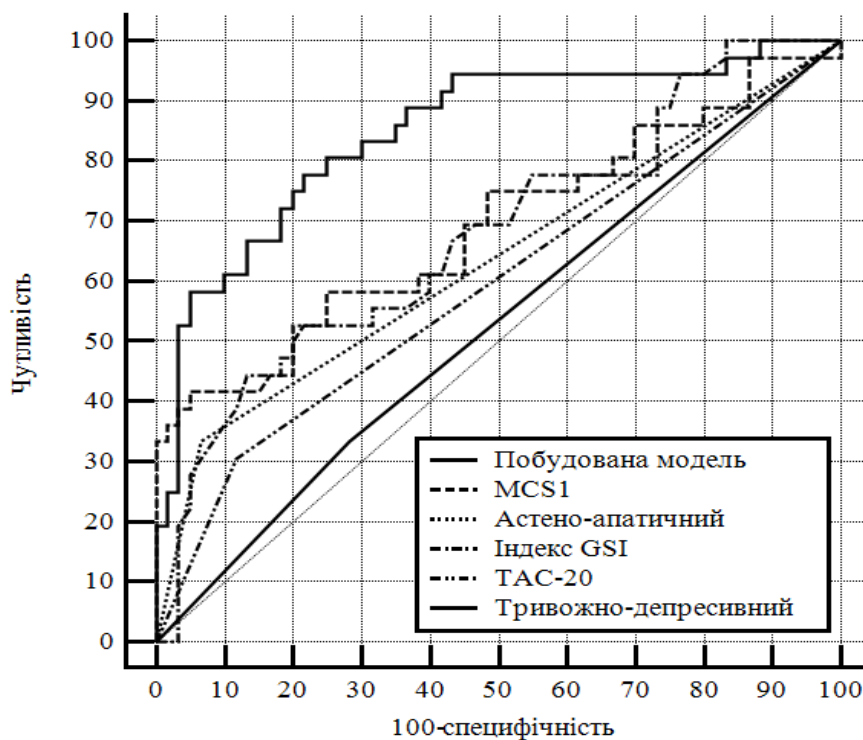


Рис. 5.3. Порівняння ROC-кривих для побудованої логістичної моделі та окремих її складових

На рис. 5.4. представлено графічний звіт про побудовану логістичну модель.

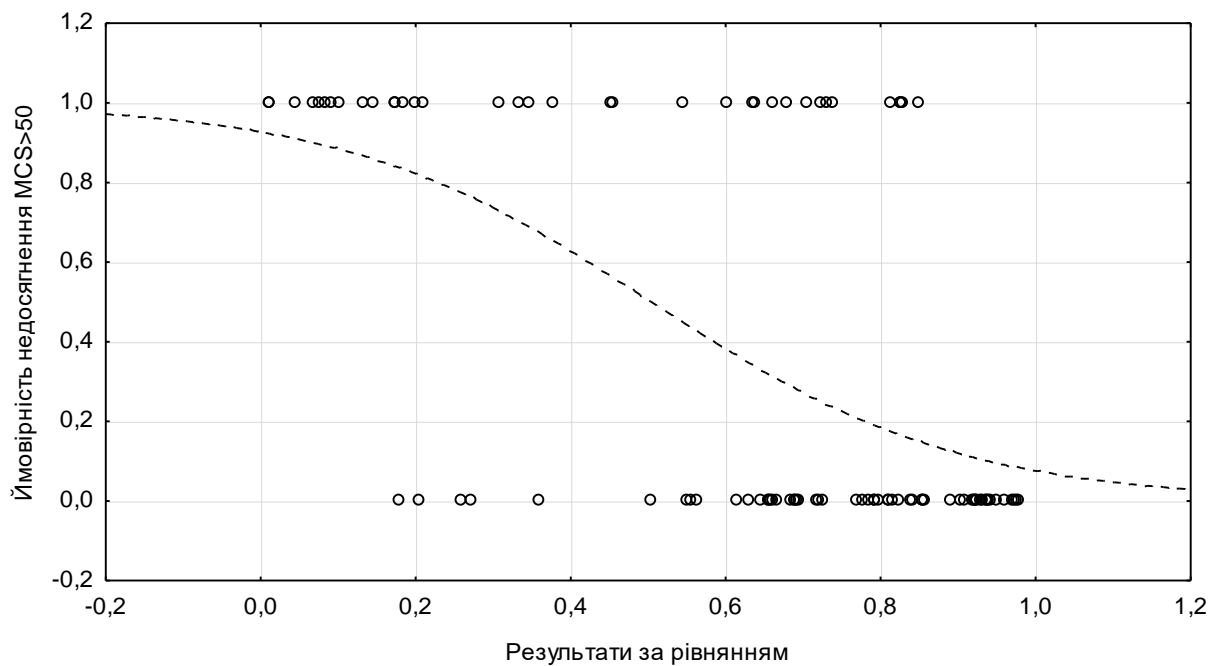


Рис. 5.4. Залежність ймовірності недосягнення нормальної якості психічного життя хворих від обчисленого за логістичним рівнянням результату.

При використанні ROC-аналізу стосовно отриманої логістичної моделі встановлені чутливість – $Se = 77,78$ (95% ДІ 60,8 - 89,9) та специфічність – $Sr = 78,33$ (95% ДІ 65,8 - 87,9) при оптимальній точці відсічі $>0,36$ (індекс Йодена $J = 0,5611$), яка має використовуватися як класифікатор. Таким чином якщо за побудованою моделлю (формула 5.1.) ми отримаємо результат більший за $0,36$, то пацієнт має бути віднесений до когорти з добрим прогнозом стосовно відновлення якості психічного життя.

Проводячи внутрішню валідацію за допомогою бутстреп при використанні у якості класифікатора « $>0,36$ » коефіцієнт зв'язку Д-Зомера варіював від $0,44$ до $0,92$, що свідчить, що частка збігу фактичної належності спостережень, які було згенеровано за допомогою бутстреп у пакеті Statistica, до категорії « $MCS > 50$ » та « $MCS < 50$ » та передбаченої за допомогою множинного логістичного рівняння становила від 44 до 92% з середнім показником $70,9\%$ (95% ДІ $68,8-73,1$).

Для ілюстрації використання створеної логістичної моделі для прогнозування досягнення нормальної якості життя після лікування у хворих АНГСК з НІР наводимо клінічні приклади.

Клінічний приклад № 1. Хворий Л., 32 роки, одружений, страждає на однобічний АНГСК більше 5 років, групи інвалідності не має. При обстеженні мав провідний тривожно-фобічний синдром, виражена алекситимія, індекс GSI за методикою SCL-90 склав $1,4$, якість психічного життя – $48,99$ балів. Отриманий результат пацієнта за логістичним рівнянням – $0,09$, що майже в 4 разів менше за точку відсічі. Таким чином ми прогнозуємо, що хворий не досягне нормальної якості життя, тому задля досягнення нам потрібно проводити більшу кількість корекційних чи едукативних втручань.

Клінічний приклад №2. Хворий К., 62 року, розлучений, хворіє на АНГСК менше 5 років, при первинному обстеженні мав тривожно-депресивний синдром, індекс GSI за методикою SCL-90 склав $1,1$, якість психічного життя – $43,29$ балів. Підставивши отримані дані до отриманого

рівняння множинної логістичної регресії ми отримуємо показник 0,57, що є більшим за точку відсічі. Таким чином ми прогнозуємо досягнення цим пацієнтом нормального рівня якості психічного життя.

Висновки за розділом 5.

Визначені психопатологічні та психометричні факторів, які впливають на якість життя пацієнтів з АНГСК та НІР дозволили розробити логістичну модель прогнозування досягнення нормальної якості психічного життя. У якості предикторів виступили якість психічного життя на доопераційному етапі, загальний індекс тяжкості психопатологічної симптоматики за методикою SCL-90-R, наявність тривожно-депресивного чи апато-абулічного синдрому та алекситимію за методикою ТАС-20.

Для передбачення ймовірності досягнення нормальної якості психічного життя на основі предикторів, було побудовано множинну логістичну модель у яку увійшли показники якості життя до лікування, Індекс GSI до лікування, наявність астено-апатичного синдрому, наявність тривожно-депресивного синдрому, наявність алекситимії.

Відповідно до отриманої логістичної прогностичної моделі шанс досягнення нормальної якості життя зменшувався зі збільшенням індексу загальної тяжкості стану психопатологічної симптоматики GSI, визначеного за SCL-90-R, та за наявності алекситимії. Наявність тривожно-депресивного синдрому або апато-абулічного синдрому, разом і зростанням показника якості життя на передопераційному етапі збільшували шанси досягнення середньо популяційного рівня якості психічного життя.

Отримана логістична модель має дуже добру прогностичну здатність $AUC = 0,849$ (95% ДІ 0,761–0,914), $p < 0,0001$. ROC-аналізу стосовно отриманої логістичної моделі встановлені чутливість – $Se = 77,78$ (ДІ 60,8 - 89,9) та специфічність – $Sp = 78,33$ (ДІ 65,8 - 87,9) при оптимальній точці відсічі $> 0,36$ (індекс Йодена $J = 0,5611$). При внутрішній валідації за

допомогою бутстреп у пакеті Statistica частка становила від 44 до 92% з середнім показником 70.9% (95% ДІ 68.8–73.1).

Матеріали даного розділу дослідження відображені у наступних публікаціях [130,131].

РОЗДІЛ 6

АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Поширеність психічних розладів непсихотичного реєстру постійно збільшується, що знаходить відображення у показниках загального тягаря хвороб. Однією з основних причин їх виникнення є вплив тривалої психічної травми. Хронічні соматичні розлади також можна розглядати у якості такої тривалої психічної травми, особливо які призводять до порушення пересування і самообслуговування, особливо у осіб працездатного віку.

Одним з таких захворювань є асептичний некроз головки стегнової кістки (АНГСК) – поліетіологічне захворювання, яке розвивається переважно у осіб молодого (працездатного) віку та приводить до важкого ураження кульшових суглобів з частою подальшою інвалідизацією. Встановлено, що АНГСК може зустрічатися в будь-якомі віці, хоча найчастіше виявляється у осіб 30-65 років. Співвідношення осіб жіночої та чоловічої статі різняться в залежності від супутніх розладів: пов'язаний з алкоголем АНГСК частіше зустрічається у чоловіків, в той час як АНГСК при системному червоному вовчаці, або при прийомі глюкокортикостероїдів – у жінок [33].

Нами було проведено дослідження метою якого було розробити критерії діагностики та профілактики непсихотичних психічних розладів у хворих на асептичний некроз головки стегнової кістки на підставі виявлених клініко-психопатологічних і патопсихологічних особливості.

Під первинним спостереженням перебувало 137 осіб з АНГСК та НІР, з яких 96 дійшли до кінця дослідження, решта вибули з дослідження через різні причини. Це узгоджується з даними S. Коопер та співавт., які спостерігали показник втрати для подальшого спостереження близько 90 % за один рік [132].

Хворі були розподілені на групи в залежності від тривалості захворювання. Гендерно-вікові характеристики були однаковими в обох

групах. До кінця дослідження з різних причин вибули 41 пацієнт: 17 осіб з першої групи та 24 особи з другої.

За результатами дослідження, нами було встановлено, що показники виразності психопатологічної симптоматики за SCL-90-R значно покращуються під впливом лікування НПР, незалежно від способу лікування (табл. 6.1.). Порівнюючи психічний стан хворих на АНГСК до лікування зі станом хворих на кокс артроз, зазначимо суттєві відмінності характеристик (табл. 6.1.). Це пояснюється відмінністю механізмів розвитку патології та гендерно-віковими особливостями досліджуваних, а не не спільністю локалізації ураження. Так АНГСК зустрічається частіше у чоловіків працездатного віку, а КА – у жінок старшого віку.

Таблиця 6.1

Порівняння показників виразності психопатологічної симптоматики за SCL-90-R (Me (IQR))

Показник	до лікування	Після лікування	p	Норма [106]	Пацієнти з КА [133] (M±m)
1	2	3	4	5	6
Соматизація	2,08 (0,54)	1,25 (0,67)	<0.001	0.58 (1,0)	1.42±0.06
Обсесивно-компульсивні розлади	0,40 (0,20)	0,40 (0,15)	0,025	0.4 (0,8)	1.35±0.05
Міжособистісна сензитивність	1,78 (0,78)	0,55 (0,44)	<0.001	0.33 (0,66)	1.17±0.04
Депресія	1,92 (1,23)	0,69 (0,73)	<0.001	0.38 (0,77)	1.58±0.06

Продовження таблиці 6.1

1	2	3	4	5	6
Тривожність	1,40 (1,70)	0,80 (1,0)	<0.001	0.3 (0,70)	1.60±0.07
Ворожість	0,33 (0,17)	0,33 (0,17)	0,002	0.33 (0,67)	1.05±0.04
Фобічна тривожність	0,43 (0,5)	0,14 (0,14)	<0.001	0.00 (0,43)	0.93±0.05
Паранояльні симптоми	0,17 (0,17)	0,33 (0,17)	0,013	0.3 (0,83)	0.99±0.04
Психотизм	0,10 (0,10)	0,10 (0,10)	0,002	0.1 (0,44)	0.73±0.03
Індекс GSI	1,16 (0,26)	0,64 (0,35)	<0.001	0.35 (0,60)	1.28±0.05

Порівнюючи отримані дані і дані дослідження С. Дембицького та Ю. Середи (табл. 6.1.) зазначимо, що після лікування показники соматизації, міжособистісної сенситивності, депресії та тривожності все-одно не досягають рівня означених показників в популяції, що вказує на збереження психотравмуючого впливу хронічного соматичного захворювання. Загальна вираженість психопатологічної симптоматики або індекс тяжкості дистресу (GSI) у середньому склав 1,16 (0,26) балів, що значно перевищує літературні дані здорових осіб в українській популяції 0.35 при IQR=0,6 [106].

В результаті лікування Індекс тяжкості дистресу (GSI) знизився з 1,16 (1,00; 1,26) до 1,16 (0,46; 0,81) балів. Більш значущим є зниження критерію Дерогатіса (GSI > 1): до лікування доля обстежених з важкими симптомами склала 71,88% (95% ДІ 61.78% – 80.58%), а після лікування він склав 9,38%

(95% ДІ 4.38% – 17.06%), показавши статистично достовірне зниження (критерій Макнемара 9,03 при $p=0,003$).

На підставі клініко-психопатологічного методу дослідження виділено низку провідних клінічних синдромів: тривожно-фобічний, тривожно-депресивний, депресивно-іпохондричний, астено-апатичний і астено-депресивний.

Достігуючи тривожність, встановлено, що середній бал за ТМАС становив 26 (19; 37), що вказує на наявність середньо-високого рівня тривоги у обстежених, при цьому 52,5 відсотків пацієнтів мали високий і дуже високий рівні тривожності

Оцінка поширеності і вираженості алекситимії у обстежених хворих за допомогою шкали ТАС-20 виявила, що середній бал ТАС-20 становив 70 (62;79) для хворих на АНГСК, що вказує на те, що група пацієнтів у цілому мала оцінку, більшу за граничну точку для діагнозу алекситимії (≥ 61 бал). Рівень алекситимії залежно від тривалості хвороби статистично достовірно відрізняється у пацієнтів з тривожно-фобічним, тривожно-депресивним і астено-депресивним синдромами. При цьому зі збільшенням тривалості захворювання зростає бал алекситимії.

Середній результат рівня депресії у обстежених пацієнтів тестом BDI-II склав 22 (17; 34) балів, що відповідає помірній депресії (20-28 балів). При збільшенні тривалості хвороби достовірно зростає і вираженість депресивних розладів.

При проведенні кореляційного аналізу встановлено, що тривожність має сильну пряму кореляцію з безнадійністю $r_s=0.6$ (95% ДІ 0.49 – 0.71), тривогою $r_s=0.96$ (95% 0.95 – 0.97), рівень депресії за шкалою BDI-II має помірні прямі кореляції з безнадійністю $r_s=0.42$ (95% ДІ 0.28 – 0.56), тривожністю $r_s=0.31$ (95% ДІ 0.16 – 0.46) та алекситимією $r_s=0.39$ (95% ДІ 0.25 – 0.53). Рівень тривоги, окрім кореляції з тривожністю, як особливістю особистості, має сильну пряму кореляцію з показником безнадійності алекситимією $r_s=0.63$ (95% ДІ 0.53 – 0.73) .

При вивченні якості життя, як максимально доступної первинної кінцевої точки у лікуванні хворих на АНГСК з НПР встановлено, що середня якість фізичного життя перед ендопротезуванням склала 41,36 (35,03; 45,43) бали, а якість психічного життя склала 39,02 (34,29; 44,95) балів. Також встановлено, що зі збільшенням тривалості АНГСК якість життя погіршується, зокрема психічний компонент у більшій мірі, ніж фізичний. Оцінюючи вплив психометричних показників на якість життя виявлені статистично значущий помірної сили негативний кореляційний зв'язок між показниками тесту депресії Бека та якістю психічного життя $r_s = -0.40$ (95% ДІ $-0.55, -0.26$) та значущий слабкий негативний кореляційний зв'язок між показниками алекситимію за шкалою ТАС-20 та якістю психічного життя $r_s = -0.28$ (95% ДІ $-0.44, -0.12$). Встановлено, що тривоги за BDI-II статистично значуще помірно негативно корелює з якістю психічного життя: для ОГ1 $r_s = -0,40$ (95% ДІ $-0.63, -0.17$), для ОГ2 $r_s = -0,26$ (95% ДІ $-0.47, -0.05$). Проте при порівнянні коефіцієнтів кореляції не виявлено статистично значущої різниці ($p=0.38$).

Був проведений простий лінійний регресійний аналіз впливу депресії на у 137 хворих на АНГСК на передопераційному етапі на якість психічного життя. Виходячи з отриманих даних, рівняння регресії для MCS мало наступний вигляд:

$$\text{MCS} = 49.5 - 0.38 * \text{BDI-II} \quad (6.1)$$

Кутовий коефіцієнт регресії $-0,38$ (95% ДІ $-0,52 - -0,23$) вказує, що на кожний бал депресії з шкалою BDI-II середнє значення якості психічного життя знизиться на 0,38 бали. Коефіцієнт детермінації ($r^2 = 16,79\%$; $F = 27,24$ з $p < 0,001$) вказує на те, що 16,79% мінливості якості психічного життя слід пояснювати її взаємозв'язком з варіацією рівня депресії.

Одними з основних мішеней у наданні допомоги пацієнтам з АНГСК з НПР, на які були спрямований розроблений комплекс заходів, були симптоми тривоги та депресії. Після лікування середній бал тривоги

зменшився на 40,9% з 22 (17; 33) до 13 (6; 21) балів, що відповідає незначному рівню тривоги.

Показник депресії після лікування склав 11 (5; 19) балів, показавши зниження на 54,2% з 24 (16; 36) балів. Такий рівень депресії відповідає субдепресії, що потребує лише спостереження, а не втручання.

Встановлено, що пацієнти, які отримували психофармакотерапію разом з психотерапією мали біль виражене зниження показників тривоги та депресії у порівнянні з пацієнтами, які отримували лише медикаментозне лікування. При цьому будь-який лікувальний вплив на синдромальні НПР призводить до покращення стану пацієнтів.

Ми провели множинний лінійний регресійний аналіз впливу психометричних факторів у 96 хворих на АНГСК після проведеного лікування на психічний компонент якості життя. Виходячи з отриманих даних, рівняння множинної регресії для MCS2 мало наступний вигляд:

$$MCS2=36.58 -0.12*BAI2 + 0.34 MCS1 \quad (6.2)$$

Визначені психопатологічні та психометричні факторів, які впливають на якість життя пацієнтів з АНГСК та НПР дозволили розробити логістичну модель прогнозування досягнення нормальної якості психічного життя. У якості предикторів виступили якість психічного життя на доопераційному етапі, загальний індекс тяжкості психопатологічної симптоматики за методикою SCL-90-R, наявність тривожно-депресивного чи апато-абулічного синдрому та алекситимію за методикою ТАС-20.

Для передбачення ймовірності досягнення нормальної якості психічного життя на основі предикторів, було побудовано модель:

$$p = \frac{\exp(0,77 + 0,08X_1 - 3,63X_2 + 1,9X_3 + 1,76X_4 - 1,83X_5)}{1 + \exp(0,77 + 0,08X_1 - 3,63X_2 + 1,9X_3 + 1,76X_4 - 1,83X_5)} \quad (6.3)$$

де p – вірогідність недосягнення цільової якості життя; 0,77 – вільний член; x_1 – показник якості життя до лікування; x_2 – Індекс GSI до лікування; x_3 –

бінарний показник наявності астено-апатичного синдрому; x_4 – бінарний показник наявності тривожно-депресивного синдрому, x_5 - бінарний показник наявності алекситимії.

Отримана логістична модель має дуже добру прогностичну здатність $AUC = 0,849$ (95% ДІ 0,761–0,914), $p < 0,0001$. ROC-аналізу стосовно отриманої логістичної моделі встановлені чутливість – $Se = 77,78$ (ДІ 60,8 - 89,9) та специфічність – $Sp = 78,33$ (ДІ 65,8 - 87,9) при оптимальній точці відсічі $> 0,36$

Отримані дані стосовно якості життя кореспондують з результатами Hampton та співавт. [38], які встановили, що пацієнти з АНГСК мають низку психологічних проблем, які в підсумку знижують якість життя. Подібні результати виявлені і в дослідженні Vardhan та співавт., які виявили, що у пацієнтів з АНГСК з одностороннім ураженням середні бали за шкалою SF12 склали $49,5 \pm 6,9$ (PCS) і $47,4 \pm 11,5$ (MCS), а при двосторонньому ураженні - $46,5 \pm 7$ та $39,6 \pm 12,5$ відповідно [57]. За даним попередніх досліджень встановлено, що психічний компонент якості життя у хворих на АНГСК також є зниженим і складає від 38,9 до 45,3 [134,135], проте ці результати отримані з використанням подібної, але іншої методики – SF-36. НПП і без наявної соматичної патології мають негативний вплив на якість життя [136]. Тому поєднання важкого соматичного захворювання, яке зазвичай проявляється у працездатному віці і супроводжується вираженим больовим синдромом та суттєвим зниженням мобільності (здатності до пересування) та НПП має кумулятивний вплив на показники якості життя [62]. Це обумовлює необхідність раннього втручання при НПП [116], оскільки при збільшенні тривалості АНГСК погіршується професійне функціонування, здатність до самообслуговування та незалежного функціонування, здатність та мотивація до міжособистісного спілкування.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі на основі аналізу даних проведеного дослідження запропоновано вирішення актуальних проблем психіатрії – на підставі виявлених клініко-психопатологічних і патопсихологічних особливостей непсихотичних психічних розладів у хворих на асептичний некроз головки стегнової кістки розроблені критерії їх діагностики та профілактики.

1. На підставі клініко-психопатологічного методу дослідження виділено низку провідних клінічних синдромів НПР у хворих на АНГСК: тривожно-фобічний, тривожно-депресивний, депресивно-іпохондричний, астено-апатичний і астено-депресивний. Оцінка рівня тривожності у пацієнтів з АНГСК які потребують ендопротезування виявила, що середній бал за ТМАС становив 26 (19;37), що вказує на наявність середньо-високого рівня тривоги у обстежених, при цьому 52,5% пацієнтів мали високий і дуже високий рівні тривожності. Достовірні відмінності рівня показників тривоги за ВАІ визначені лише у пацієнтів з провідним тривожно-фобічним та тривожно-депресивним синдромом. Встановлено, що зі зростанням тривалості АНГСК збільшується рівень тривоги у пацієнтів з тривожними розладами.

Аналіз результатів дослідження депресії у пацієнтів з АНГСК виявив достовірні відмінності рівня показників BDI-II у бік збільшення проявів депресії про збільшенні тривалості АНГСК більше 5 років. Проте порівняння ступеню вираженості депресивних розладів залежно від тривалості захворювання виявило достовірну відмінність лише для легкої депресії.

2. Вивчаючи індивідуально-типологічні особливості хворих на АНГСК з НПР ми оцінювали їхній тип ставлення до хвороби та показник алекситимії.

Медіанний бал за тестом ТАС-20 склав 70 (62;79) балів, що свідчить про наявність алекситимії у пацієнтів з АНГСК. Рівень алекситимії залежно від тривалості хвороби статистично достовірно відрізняється у пацієнтів з

тривожно-фобічним, тривожно-депресивним і астено-депресивним синдромами. При цьому зі збільшенням тривалості захворювання зростає бал алекситимії.

Іпохондричний тип реагування на хворобу був діагностований у 21,9% пацієнтів, меланхолійний тип – 15,3%. Раціональне ставлення до хвороби відзначалося лише у 15,3%, а гармонійний тип - у 5,1% хворих.

Вцілому у пацієнтів з АНГСК переважають дезадаптивні інтрапсихічні (73,7% випадків) і інтерпсихічні (10,9%) варіанти реакції на хворобу, що свідчить про низький рівень психічної та соціальної адаптації. Адаптивні типи ставлення до хвороби спостерігається лише у 15,3% обстежених пацієнтів.

3. При вивченні якості життя, як максимально доступної первинної кінцевої точки у лікуванні хворих на АНГСК з НІР встановлено, що середній показник фізичного компоненту ЯЖ перед ендопротезуванням складав 41,36 бали, а психічного компоненту - 39,02 балів. Встановлено, що зі збільшенням тривалості АНГСК психічний компонент ЯЖ погіршується у більшій мірі, ніж фізичний. Оцінюючи вплив психометричних показників на якість життя виявлені статистично значущий помірної сили негативний кореляційний зв'язок між показниками BDI-II та якістю психічного життя $r_s = -0.40$ (95% ДІ $-0.55, -0.26$) та значущий слабкий негативний кореляційний зв'язок між показниками алекситимії та якістю психічного життя $r_s = -0.28$ (95% ДІ $-0.44, -0.12$). Залежно від тривалості АНГСК виявлено, що показник депресії за BDI-II статистично значуще помірно негативно корелює з якістю психічного життя: для ОГ1 $r_s = -0,40$ (95% ДІ $-0.63, -0.17$), для ОГ2 $r_s = -0,26$ (95% ДІ $-0.47, -0.05$).

4. У результаті дослідження були визначено наступні фактори, які виступають як критерії ранньої діагностики НІР у хворих на АНГСК які потребують ендопротезування: індекс загальної тяжкості стану психопатологічної симптоматики GSI, визначеного за SCL-90-R; наявність астено-апатичного або тривожно-депресивного синдрому та алекситимія.

5. До основних принципів корекції та профілактики НПР у хворих на АНГСК відносять етапність, послідовність та індивідуалізованість. Слід використовувати психоосвітні, психокорекційні та психотерапевтичні заходи, а також психофармакотерапію, в залежності від провідного психопатологічного синдрому (транквілізатори, антидепресанти, снодійні тощо).

Оцінюючи ефективність запропонованих заходів виявлено, що майже всі показники виразності психопатологічної симптоматики за SCL-90-R у обстежених достовірно знизилися після лікування. Індекс проявлення симптоматики PSI достовірно знизився з 53 (49–57) до 43 (36–48,5) балів, індекс вираженості дистресу PDSI знизився з 1,87 (1,73; 2,10) до 1,32 (1,17; 1,48) балів. Після лікування середній бал тривоги зменшився на 40,9% з 22 (17; 33) до 13 (6; 21) балів, що в підсумку відповідає незначному рівню тривоги. Показник депресії після лікування склав 11 (5; 19) балів, показавши зниження на 54,2% з 24 (16; 36) балів. лікування, спрямоване на корекцію НПР у хворих на АНГСК збільшило адаптивні типи ставлення до хвороби з 15,4% до 60,4%. Середня зміна показника фізичного компоненту якості життя склала +4,03 бали, тоді як показник психічного компоненту якості життя збільшився в середньому на 8,92 бали.

6. За результатами дослідження були визначені предиктори та розроблено модель прогнозування психічного компоненту якості життя у хворих з АНГСК та НПР, що включала показники психічного компоненту якості життя до початку лікування розраховану за опитувальником SF-12; індекс загальної тяжкості стану психопатологічної симптоматики GSI, визначеного за SCL-90-R до лікування; наявність астено-апатичного або тривожно-депресивного синдрому та наявності алекситимії визначеної та тестом ТАС-20.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Для ранньої діагностики НПП у хворих на АНГСК, які потребують ендопротезування, рекомендовано використовувати наступні фактори: індекс загальної тяжкості стану психопатологічної симптоматики GSI, наявність астено-апатичного або тривожно-депресивного синдрому та алекситимії.

2. Для підвищення якості діагностики НПП, обґрунтування тактики лікування та оцінки його ефективності у хворих на АНГСК доцільно використовувати опитувальник SCL-90-R, шкали тривожності Тейлор та BDI-II, Торонтську алекситимічну шкалу, методику дослідження типів ставлення до хвороби (ТОБОЛ).

3. Для діагностики і контролю ефективності лікувально-реабілітаційних заходів для хворих АНГСК з НПП рекомендовано проводити оцінку якості життя та її компонентів у пацієнтів за SF-12.

4. Для виділення пацієнтів з групи ризику недосягнення нормального рівня психічного компоненту якості життя протягом наступних 6 місяців з метою ранньої корекції виявлених порушень рекомендовано застосовувати розроблену модель прогнозування, що включає показники психічного компоненту якості життя до початку лікування, індекс загальної тяжкості стану психопатологічної симптоматики GSI до лікування, наявність астено-апатичного або тривожно-депресивного синдрому та наявність алекситимії.

5. Використання комплексної психотерапевтичної та психофармакологічної корекції НПП у хворих на АНГСК в комплексному наданні допомоги дозволить оптимізувати в короткий строк лікувально-діагностичний процес та покращити як фізичний, так і психічний компоненти якості життя цієї когорти пацієнтів.

6. При стаціонарному лікуванні даного контингенту хворих доцільним є проводити консультацію лікаря-психіатра або медичного психолога, з подальшою психотерапевтичною та/або фармакологічною корекцією психічного стану пацієнтів.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Global Health Estimates 2020: Disease burden by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2019 2020.
2. Tittle N, Bacon B, Kostyuchenko S, Gutkovich Z, Bromet EJ. Depression and its correlates in older adults in Ukraine. *The International Journal of Geriatric Psychiatry* 2011;26:1292–9. <https://doi.org/10.1002/gps.2681>
3. Волошин ПВ, Марута НО. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди. *Український вісник психоневрології* 2015;23:5–11.
4. Спіріна ІД, Рокутов СВ, Шорніков АВ, Феденко ЄС. Непсихотичні психічні розлади у внутрішньо переміщених осіб. *Український вісник психоневрології* 2017;25:63–6.
5. Зінченко ОМ. Особливості динаміки захворюваності на органічні непсихотичні розлади серед сільського населення України. *Український вісник психоневрології* 2019;27:32–4. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V27-is4-2019-6>
6. Юр'єва ЛМ, Шустерман ТЙ, Ліхолетов ЄО. Непсихотичні психічні розлади в осіб, що зазнали психосоціального стресу в умовах військового конфлікту. *Медичні Перспективи* 2019;24:112–20. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2019.4.189601>
7. Юрценюк ОС. Особливості непсихотичних психічних розладів у студентів залежно від спеціальності навчання. *Український вісник психоневрології* 2020;28:52–4. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V28-is2-2020-10>
8. Юрценюк ОС. Гендерні відмінності особистісних особливостей студентів з непсихотичними психічними розладами. *Здобутки Клінічної і*

9. Михайлов ВБ, Федак БС. Принципи побудови системи психотерапії у хворих на соматичні захворювання з непсихотичними порушеннями психічної сфери. Український вісник психоневрології 2014;22:83–5.

10. Савка СД. Індивідуально-психологічні особливості пацієнтів з ревматоїдним артритом та непсихотичними психічними розладами. Буковинський Медичний Вісник 2018;22:118–23.

11. Савка СД. Клініко-психопатологічні особливості непсихотичних психічних розладів у хворих на ревматоїдний артрит залежно від тривалості захворювання. Український вісник психоневрології 2018;26:90–4.

12. Савка СД. Комплексна корекція коморбідних непсихотичних психічних розладів у пацієнтів з ревматоїдним артритом. Український вісник психоневрології 2019;27:56–8. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V27-is2-2019-12>

13. Спіріна ІД, Феденко ЄС. Рівень алекситимії та індивідуальний профіль особистості у хворих на коксартроз з пограничними психічними розладами. Український вісник психоневрології 2013;21:87–90.

14. Федак БС. Непсихотические психические расстройства в клинике соматических заболеваний. Український вісник психоневрології 2014;22:101–4.

15. Чернишов ОВ. Використання соціально-психологічного тренінгу при терапії больового синдрому у підлітків з непсихотичними психічними розладами. Український вісник психоневрології 2015;23:98–9.

16. Чугунов ВВ, Ткаченко ОВ. Особливості структури і патогенез непсихотичних психічних порушень, коморбідних цукровому діабету 2-го типу та афільованих соматичних захворювань. Український вісник психоневрології 2017;25:66–9.

17. Шевченко ЮМ. Клініко-психопатологічні особливості неспихотичних психічних розладів у хворих на хронічний панкреатит. Український вісник психоневрології 2014;22:119–21.

18. Зеленська КО. Клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості неспихотичних психічних розладів у осіб, які постраждали від бойових дій (комбатантів, волонтерів та вимушених переселенців). Український вісник психоневрології 2022;30:48–51.
<https://doi.org/10.36927/2079-0325-V30-is1-2022-8>

19. Юрценюк ОС. Комплексне лікування неспихотичних психічних розладів у студентів вищих навчальних закладів. Клінічна та експериментальна патологія 2020;19:127–32. <https://doi.org/10.24061/1727-4338.XIX.1.71.2020.19>

20. Федак БС. Клінічна структура неспихотичних порушень психічної сфери у пацієнтів із соматичними захворюваннями. Медична психологія 2014;9:8–11.

21. Bokma WA, Batelaan NM, van Balkom AJLM, Penninx BWJH. Impact of Anxiety and/or Depressive Disorders and Chronic Somatic Diseases on disability and work impairment. Journal of Psychosomatic Research 2017;94:10–6.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.01.004>

22. Терьошина ІФ, Платинюк ОБ. Вираженість імунотоксичних реакцій при неспихотичних психічних розладах в учасників бойових дій. Медицина сьогодні і завтра 2020;87:47–52.
<https://doi.org/10.35339/msz.2020.87.02.06>

23. Power JD, Kudesia P, Nadeem A, Perruccio AV, Sundararajan K, Mahomed NN, et al. Patterns of Depressive Symptoms Before and After Surgery for Osteoarthritis: A Descriptive Study. Acr Open Rheumatology 2019;1:203–12.
<https://doi.org/10.1002/acr2.1031>

24. Zhang Z, Xing Q, Zhong D, Pan Y, He T, Hu Y, et al. The Impact of Psychological Health on Patient Recovery After Arthroplasty. *Frontiers in Psychiatry* 2022;13:817716. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.817716>

25. Werner BC, Wong AC, Chang B, Craig EV, Dines DM, Warren RF, et al. Depression and Patient-Reported Outcomes Following Total Shoulder Arthroplasty. *The Journal of Bone and Joint Surgery American Volume* 2017;99:688–95. <https://doi.org/10.2106/JBJS.16.00541>

26. Cunningham DJ, Steele JR, Allen NB, Nunley JA, Adams SB. The Impact of Preoperative Mental Health and Depression on Outcomes After Total Ankle Arthroplasty. *The Journal of Bone and Joint Surgery. American Volume* 2021;103:131–8. <https://doi.org/10.2106/JBJS.20.00395>

27. Vissers MM, Bussmann JB, Verhaar JAN, Busschbach JJV, Bierma-Zeinstra SMA, Reijman M. Psychological factors affecting the outcome of total hip and knee arthroplasty: a systematic review. *Seminars in Arthritis and Rheumatism* 2012;41:576–88. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2011.07.003>

28. Lespasio MJ, Sodhi N, Mont MA. Osteonecrosis of the Hip: A Primer. *The Permanente journal* 2019;23:18–100. <https://doi.org/10.7812/TPP/18-100>

29. Moya-Angeler J. Current concepts on osteonecrosis of the femoral head. *World Journal of Orthopedics* 2015;6:590. <https://doi.org/10.5312/wjo.v6.i8.590>

30. Seijas R, Sallent A, Rivera E, Ares O. Avascular Necrosis of the Femoral Head. *Journal of Investigative Surgery: The Official Journal of the Academy of Surgical Research* 2019;32:218–9. <https://doi.org/10.1080/08941939.2017.1398282>

31. Kang JS, Park S, Song JH, Jung YY, Cho MR, Rhyu KH. Prevalence of osteonecrosis of the femoral head: a nationwide epidemiologic analysis in Korea. *The Journal of Arthroplasty* 2009;24:1178–83. <https://doi.org/10.1016/j.arth.2009.05.022>

32. Haziza S, Yakkanti RR, Wasserman NA, D'Apuzzo MR, Hernandez VH. Relative frequency of primary total hip arthroplasty for avascular necrosis in

the United States as compared to a regional center: A data review. *Journal of Orthopaedics* 2022;34:322–6. <https://doi.org/10.1016/j.jor.2022.09.014>

33. Vicaș RM, Bodog FD, Ciursaș AN, Fugaru OF, Grosu F, Lazăr L, et al. Aseptic Necrosis of Femoral Head - Clinical Study. *Current Health Sciences Journal* 2021;47:228–36. <https://doi.org/10.12865/CHSJ.47.02.13>

34. Лоскутов АЕ, Олейник АЕ, Алтанец АВ. Оценка состояния вертлужной впадины при асептическом некрозе головки бедренной кости по данным рентгеноморфометрических исследований. *Травма* 2014;15:82–7.

35. Hernigou P. [Hip osteonecrosis]. *La Revue Du Praticien* 2020;70:409–15.

36. Mustafin RN, Khusnutdinova EK. Avascular necrosis of the femoral head. *Pacific Medical Journal* 2017;0:27–35. <https://doi.org/10.17238/PmJ1609-1175.2017.1.27-35>

37. Zhao D, Zhang F, Wang B, Liu B, Li L, Kim S-Y, et al. Guidelines for clinical diagnosis and treatment of osteonecrosis of the femoral head in adults (2019 version). *Journal of Orthopaedic Translation* 2020;21:100–10. <https://doi.org/10.1016/j.jot.2019.12.004>

38. Hampton SN, Nakonezny PA, Richard HM, Wells JE. Pain catastrophizing, anxiety, and depression in hip pathology. *The Bone & Joint Journal* 2019;101-B:800–7. <https://doi.org/10.1302/0301-620X.101B7.BJJ-2018-1309.R1>

39. 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]. *Terapevticheski Arkhiv* 2020;92:22–32. <https://doi.org/10.26442/00403660.2020.05.000624>

40. Nazarinasab M, Motamedfar A, Moqadam AE. Investigating mental health in patients with osteoarthritis and its relationship with some clinical and demographic factors. *Reumatologia* 2017;55:183–8. <https://doi.org/10.5114/reum.2017.69778>

41. Спіріна ІД, Феденко ЄС, Леонов СФ, Шустерман ТЙ. Роль соматопсихічних взаємодій у патогенезі формування дезадапційної поведінки хворих на коксартроз, які потребують ендопротезування та алгоритм їх діагностики. Роль соматопсихических взаимодействий в патогенезе формирования дезадапционного поведения больных коксартрозом, которые требуют эндопротезирования и алгоритм их диагностики 2013:77–85.

42. Tsuji T, Nakata K, Vietri J, Jaffe DH. The added burden of depression in patients with osteoarthritis in Japan. ClinicoEconomics and Outcomes Research: CEOR 2019;11:411–21. <https://doi.org/10.2147/CEOR.S189610>

43. Ozcakir S, Raif SL, Sivrioglu K, Kucukcakir N. Relationship between radiological severity and clinical and psychological factors in knee osteoarthritis. Clinical Rheumatology 2011;30:1521–6. <https://doi.org/10.1007/s10067-011-1768-4>

44. Axford J, Butt A, Heron C, Hammond J, Morgan J, Alavi A, et al. Prevalence of anxiety and depression in osteoarthritis: use of the Hospital Anxiety and Depression Scale as a screening tool. Clinical Rheumatology 2010;29:1277–83. <https://doi.org/10.1007/s10067-010-1547-7>

45. Rosemann T, Laux G, Szecsenyi J, Wensing M, Grol R. Pain and osteoarthritis in primary care: factors associated with pain perception in a sample of 1,021 patients. Pain Medicine (Malden, Mass.) 2008;9:903–10. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2008.00498.x>

46. Gerrits MM, van Oppen P, Leone SS, van Marwijk HW, van der Horst HE, Penninx BW. Pain, not chronic disease, is associated with the recurrence of depressive and anxiety disorders. BMC Psychiatry 2014;14:187. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-187>

47. Hawker GA, Gignac MAM, Badley E, Davis AM, French MR, Li Y, et al. A longitudinal study to explain the pain-depression link in older adults with

osteoarthritis. *Arthritis Care & Research* 2011;63:1382–90.
<https://doi.org/10.1002/acr.20298>

48. Sharma A, Kudesia P, Shi Q, Gandhi R. Anxiety and depression in patients with osteoarthritis: impact and management challenges. *Open Access Rheumatology: Research and Reviews* 2016; 8:103–13.
<https://doi.org/10.2147/OARRR.S93516>

49. Gignac MAM, Backman CL, Davis AM, Lacaille D, Cao X, Badley EM. Social role participation and the life course in healthy adults and individuals with osteoarthritis: are we overlooking the impact on the middle-aged? *Social Science & Medicine (1982)* 2013;81:87–93.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.12.013>

50. 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;37:e244–51.
<https://doi.org/10.3928/01477447-20140225-56>

51. Chen S-B, Hu H, Gao Y-S, He H-Y, Jin D-X, Zhang C-Q. 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:e0120234. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0120234>

52. 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 Musculoskeletal Disorders* 2021;22.
<https://doi.org/10.1186/s12891-020-03875-1>

53. Halawi MJ, Cote MP, Singh H, O’Sullivan MB, Savoy L, Lieberman JR, et al. The Effect of Depression on Patient-Reported Outcomes After Total Joint Arthroplasty Is Modulated by Baseline Mental Health: A Registry Study. *The Journal of Bone and Joint Surgery American Volume* 2018;100:1735–41.
<https://doi.org/10.2106/JBJS.17.01677>

54. Xue Z, Sun J, Li T, Huang Z, Chen W. How to evaluate the clinical outcome of joint-preserving treatment for osteonecrosis of the femoral head: development of a core outcome set. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research* 2019;14:317. <https://doi.org/10.1186/s13018-019-1364-x>

55. Mouzas OD, Zibis AH, Bonotis KS, Katsimagklis CD, Hadjigeorgiou GM, Papaliaga MN, et al. Psychological Distress, Personality Traits and Functional Disability in Patients With Osteonecrosis of the Femoral Head. *Journal of Clinical Medicine Research* 2014;6:336-344–344. <https://doi.org/10.14740/jocmr.v6i5.1851>

56. Kubo Y, Yamamoto T, Motomura G, Karasuyama K, Sonoda K, Iwamoto Y. Patient-reported outcomes of femoral osteotomy and total hip arthroplasty for osteonecrosis of the femoral head: a prospective case series study. *SpringerPlus* 2016;5:1880. <https://doi.org/10.1186/s40064-016-3576-4>

57. Vardhan H. Correlation of Functional Status of Hip with Quality of Life of Patients with Osteonecrosis of Femoral Head (ONFH). *MOJ Orthopedics & Rheumatology* 2017;7:00272. <https://doi.org/10.15406/mojor.2017.07.00272>

58. Takemoto G, Seki T, Osawa Y, takegami Y, Kusano T, Imagama S. Preoperative Risk Factors for Dissatisfaction After Total Hip Arthroplasty Among Patients With Osteonecrosis of the Femoral Head. In Review; 2020. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-103521/v1>

59. Silva LLDS, Castelar M, Matos MA. Quality of Life in Pediatric Patients with Avascular Necrosis of the Femoral Head. *Ortopedia, Traumatologia, Rehabilitacja* 2016;18:445–9. <https://doi.org/10.5604/15093492.1226274>

60. Li D, Liu P, Zhang Y, Li M. Alterations of sympathetic nerve fibers in avascular necrosis of femoral head. *International Journal of Clinical and Experimental Pathology* 2015;8:10947–52.

61. Tezol O, Karahan F, Unal S. Sick Cell Disease and Psychosocial Well-Being: Comparison of Patients With Preclinical and Clinical Avascular Necrosis of

the Femoral Head. *Turkish Archives of Pediatrics* 2021;56:308–15. <https://doi.org/10.5152/TurkArchPediatr.2021.20270>.

62. Seo J, Choi B, Kim S, Lee H, Oh D. The relationship between multiple chronic diseases and depressive symptoms among middle-aged and elderly populations: results of a 2009 Korean community health survey of 156,747 participants. *BMC Public Health* 2017;17:844. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4798-2>

63. Matsuo K, Hirohata T, Sugioka Y, Ikeda M, Fukuda A. Influence of alcohol intake, cigarette smoking, and occupational status on idiopathic osteonecrosis of the femoral head. *Clinical Orthopaedics and Related Research* 1988:115–23.

64. Wang Y, Li Y, Mao K, Li J, Cui Q, Wang G-J. Alcohol-induced adipogenesis in bone and marrow: a possible mechanism for osteonecrosis. *Clinical Orthopaedics and Related Research* 2003:213–24. <https://doi.org/10.1097/01.blo.0000063602.67412.83>

65. Kang JS, Moon KH, Kwon DG, Shin BK, Woo MS. The natural history of asymptomatic osteonecrosis of the femoral head. *International Orthopaedics* 2013;37:379–84. <https://doi.org/10.1007/s00264-013-1775-y>.

66. Guo Y, Cao Y, Gong S, Zhang S, Hou F, Zhang X, et al. Correlation analysis between CARMEN variants and alcohol-induced osteonecrosis of the femoral head in the Chinese population. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2020;21:547. <https://doi.org/10.1186/s12891-020-03553-2>.

67. Kc R, Li X, Forsyth CB, Voigt RM, Summa KC, Vitaterna MH, et al. Osteoarthritis-like pathologic changes in the knee joint induced by environmental disruption of circadian rhythms is potentiated by a high-fat diet. *Scientific Reports* 2015;5:16896. <https://doi.org/10.1038/srep16896>.

68. Chien S-Y, Chuang M-C, Chen I-P. Why People Do Not Attend Health Screenings: Factors That Influence Willingness to Participate in Health Screenings

for Chronic Diseases. International Journal of Environmental Research and Public Health 2020;17:3495. <https://doi.org/10.3390/ijerph17103495>.

69. National Clinical Guideline Centre (UK). Osteoarthritis: Care and Management in Adults. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2014.

70. 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. Journal of Children's Orthopaedics 2020;14:259–65. <https://doi.org/10.1302/1863-2548.14.200013>.

71. Зазірний ІМ, Климовицький ВГ, Семенів ІІ, Сімячко ЄА. Деякі питання асептичного некрозу головки стегнової кістки. Травма 2018;19:102–8. <https://doi.org/10.22141/1608-1706.6.19.2018.152229>.

72. Bay S, Kuster L, McLean N, Byrnes M, Kuster MS. A systematic review of psychological interventions in total hip and knee arthroplasty. BMC Musculoskeletal Disorders 2018;19:201. <https://doi.org/10.1186/s12891-018-2121-8>.

73. Марута НО, Федченко В. Тривожно-депресивні порушення в структурі розладів адаптації (клініка, діагностика, терапія). Сімейна медицина 2020;23–30. <https://doi.org/10.30841/2307-5112.5-6.2020.224988>.

74. Спіріна ІД, Тимофєєв РМ, Шорніков АВ. Роль стресової реакції і «незрілих» психічних захисних механізмів у формуванні невротичних, пов'язаних зі стресом і соматоформних розладів. Український вісник психоневрології 2018;26:92–4.

75. Огоренко ВВ, Шорніков АВ. Інтегративний підхід в генезі психосоматичних розладів з позицій концепцій про особистість. Вісник проблем біології і медицини 2019;14–7. <https://doi.org/10.29254/2077-4214-2019-4-2-154-14-17>.

76. Blågestad T, Nordhus IH, Grønli J, Engesæter LB, Ruths S, Ranhoff AH, et al. Prescription trajectories and effect of total hip arthroplasty on the use of

analgesics, hypnotics, antidepressants, and anxiolytics: results from a population of total hip arthroplasty patients. *Pain* 2016;157:643–51. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000414>.

77. DiRenzo D, Finan P. Self-Efficacy and the Role of Non-Pharmacologic Treatment Strategies to Improve Pain and Affect in Arthritis. *Current treatment options in rheumatology* 2019;5:168–78. <https://doi.org/10.1007/s40674-019-00123-z>.

78. Sorel JC, Overvliet GM, Gademan MGJ, den Haan C, Honig A, Poolman RW. The influence of perioperative interventions targeting psychological distress on clinical outcome after total knee arthroplasty. *Rheumatology International* 2020;40:1961–86. <https://doi.org/10.1007/s00296-020-04644-y>.

79. Jacobs CA, Mace RA, Greenberg J, Popok PJ, Reichman M, Lattermann C, et al. Development of a mind body program for obese knee osteoarthritis patients with comorbid depression. *Contemporary Clinical Trials Communications* 2021;21. <https://doi.org/10.1016/j.conctc.2021.100720>.

80. Greenberg J, Popok PJ, Lin A, Kulich RJ, James P, Macklin EA, et al. A Mind-Body Physical Activity Program for Chronic Pain With or Without a Digital Monitoring Device: Proof-of-Concept Feasibility Randomized Controlled Trial. *JMIR Formative Research* 2020;4. <https://doi.org/10.2196/18703>.

81. Greenberg J, Lin A, Zale EL, Kulich RJ, James P, Millstein RA, et al. Development And Early Feasibility Testing Of A Mind-Body Physical Activity Program For Patients With Heterogeneous Chronic Pain; The GetActive Study. *Journal of Pain Research* 2019;12:3279–97. <https://doi.org/10.2147/JPR.S222448>.

82. Огоренко ВВ, Шорніков АВ. Непсихотичні психічні розлади у хворих з асептичним некрозом стегнової кістки (огляд літератури). *Український вісник психоневрології* 2021;29:63–7. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V29-is2-2021-11>.

83. Sereda Y, Dembitskyi S. Validity assessment of the symptom checklist SCL-90-R and shortened versions for the general population in Ukraine. *BMC Psychiatry* 2016;16:300. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1014-3>.

84. Beck AT, Steer RA, Brown GK. BDI-II, Beck depression inventory: manual. 2nd ed. San Antonio, Tex. : Boston: Psychological Corp. ; Harcourt Brace; 1996.

85. Steer RA, Brown GK, Beck AT, Sanderson WC. Mean Beck Depression Inventory-II scores by severity of major depressive episode. *Psychological Reports* 2001;88:1075–6. <https://doi.org/10.2466/pr0.2001.88.3c.1075>.

86. Beck AT, Steer RA. Manual for the Beck anxiety inventory. San Antonio, TX: Psychological Corporation 1990.

87. 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* 1997;4:211–9. <https://doi.org/10.1177/107319119700400301>.

88. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1974;42:861–5. <https://doi.org/10.1037/h0037562>.

89. Beck AT, Steer RA, Kovacs M, Garrison B. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *The American Journal of Psychiatry* 1985;142:559–63. <https://doi.org/10.1176/ajp.142.5.559>.

90. Fisher LB, Overholser JC. Refining the assessment of hopelessness: an improved way to look to the future. *Death Studies* 2013;37:212–27. <https://doi.org/10.1080/07481187.2011.628437>.

91. Jenkinson C, Layte R, Jenkinson D, Lawrence K, Petersen S, Paice C, et al. A shorter form health survey: can the SF-12 replicate results from the SF-36 in longitudinal studies? *Journal of Public Health Medicine* 1997;19:179–86. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.pubmed.a024606>.

92. Jenkinson C, Layte R. Development and testing of the UK SF-12 (short form health survey). *Journal of Health Services Research & Policy* 1997;2:14–8. <https://doi.org/10.1177/135581969700200105>.

93. Free online SF-12 Calculator. OrthoPowerTools 2022. <https://orthopowertools.com/SF12> (accessed August 19, 2022).

94. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. *The Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary care*. Geneva: World Health Organization; 2001.

95. Линский ИВ, Минко АИ, Артемчук АФ, Гриневич ЕГ, Маркова МВ, Мусиенко ГА, et al. Система AUDIT-подобных тестов для комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции. *Новости Украинской Психиатрии* 2009:313.

96. Линский ИВ, Минко АИ, Артемчук АФ, Гриневич ЕГ, Маркова МВ, Мусиенко ГА, et al. Метод комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции с помощью системы AUDIT-подобных тестов. *Вісник Психіатрії Та Психофармакотерапії* 2009:56–70.

97. Taylor JA. A personality scale of manifest anxiety. *The Journal of Abnormal and Social Psychology* 1953;48:285–90. <https://doi.org/10.1037/h0056264>.

98. Вассерман ЛИ, Иовлев БВ, Карпова ЭБ, Фукс АЯ. *Психологическая диагностика отношения к болезни. Пособие для врачей*. СПб.: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева; 2005.

99. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA, Grotstein J. *Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness*. 1st ed. Cambridge University Press; 1997. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511526831>.

100. Старостина ЕГ, Тэйлор ГД, Квилти ЛК, Бобров АЕ, Мошняга ЕН, Пузырева НВ, et al. Торонтская шкала алекситимии (20 пунктов):

валидизация русскоязычной версии на выборке терапевтических больных. Социальная и Клиническая Психиатрия 2010;20:31–8.

101. Тэйлор ГД, Квилти ЛК, Бэгби РМ, Старостина ЕГ, Боголюбова ОН, Смыкало ЛВ, et al. Надежность и факториальная валидность русской версии 20-пунктовой Торонтской шкалы алекситимии. Социальная и Клиническая Психиатрия 2012;22:20–5.

102. Lenhard W, Lenhard A. Testing the Significance of Correlations 2014. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.2954.1367>.

103. Реброва ОЮ. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. М.: Медиасфера; 2006.

104. Настенко ЄА, Якимчук ВС, Носовець ОК. Інтелектуальний аналіз даних: методичні вказівки до виконання комп'ютерних практикумів з навчальної дисципліни «Інтелектуальний аналіз даних». Частина-1. «Кореляційний та регресійний аналіз медичних даних». Київ: НТУУ «КПІ ім. І. Сікорського»; 2017.

105. Григорьев СГ, Лобзин ЮВ, Скрипченко НВ. Роль и место логистической регрессии и ROC-анализа в решении медицинских диагностических задач. Журнал инфектологии 2016;8:36–45. <https://doi.org/10.22625/2072-6732-2016-8-4-36-45>

106. Дембицкий С, Середа Ю. Симптоматический опросник Леонарда Дерогатиса (SCL-90-R): валидизация в Украине. Социология: Теория, Методы, Маркетинг 2015:40–71.

107. Шорніков АВ. Дослідження рівня тривоги, депресії та безнадійності у хворих на асептичний некроз головки стегнової кістки на передопераційному етапі. Вісник Проблем Біології і Медицини 2021:172–6. <http://doi.org/10.29254/2077-4214-2021-3-161-172-176>

108. Огоренко ВВ, Шорніков АВ, Завалко ЮМ. Структура непсихотичних психічних розладів, алекситимії і тривоги у пацієнтів з

асептичним некрозом головки стегнової кістки. Медичні Перспективи 2022;27:144–50. <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2022.4.271212>.

109. Beck AT, Steer RA, Brown GK. BDI-II, Beck depression inventory: manual. 2nd ed. San Antonio, Tex. : Boston: Psychological Corp. ; Harcourt Brace; 1996.

110. Kosinski M, Ware JE, Turner-Bowker DM, Gandek B. User's manual for the SF-12v2 health survey: with a supplement documenting the SF-12® health survey. Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated; 2007.

111. Шорніков АВ, Огоренко ВВ. Тривога, депресія та безнадійність у хворих на асептичний некроз головки стегнової кістки з непсихотичними психічними розладами. XV Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених з міжнародною участю «Актуальні питання клінічної медицини» (19 листопада 2021 р., м. Запоріжжя)., Запоріжжя, 2021: Державний заклад „Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України”; 2021, р. 339–40.

112. Огоренко ВВ, Шорніков АВ. Гендерно-вікові та соціально-демографічні фактори ризику розвитку непсихотичних психічних розладів у осіб з асептичним некрозом головки стегнової кістки. Психосоматична медицина та загальна практика 2022;7:e0702369. <https://doi.org/10.26766/pmgp.v7i2.369>.

113. Шорніков АВ. Алекситимія у хворих на асептичний некроз головки стегнової кістки з непсихотичними психічними розладами. Proceedings of the 1st International scientific and practical conference, Stockholm, Sweden: SSPG Publish; 2023, р. 122–4.

114. Шорніков АВ. Патопсихологічні особливості пацієнтів з асептичним некрозом головки стегнової кістки які потребують ендопротезування. Proceedings of the 4th International scientific and practical conference, Osaka, Japan: CPN Publishing Group; 2023, р. 121–4.

115. Atula S. Настанова 00708. Психічні розлади внаслідок соматичного захворювання 2017.
116. McGorry PD, Mei C. Early intervention in youth mental health: progress and future directions. Evidence-Based Mental Health 2018;21:182–4. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2018-300060>.
117. МОЗ. Клінічні протоколи надання медичної допомоги дорослим пацієнтам, які страждають на психічні розлади. 2007.
118. МОЗ. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія) 2014.
119. Pirkola S. Настанова 00733. Розлади адаптації 2011.
120. Koronen H, Lepola U. Настанова 00729. Тривожний розлад 2018.
121. Rytysälä H. Настанова 00721. Медикаментозне лікування депресії 2017.
122. Pirkola S. Настанова 00720. Депресія, лікарські засоби і соматичні захворювання 2013.
123. Isometsä E. Настанова 00716. Депресія 2017.
124. Stahl SM. Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications. 4th edition. Cambridge; New York: Cambridge University Press; 2013.
125. Філіпенко ВА, Танькут ВО, Мезенцев ВО, Овчинніков ОМ. Причини вивиху головки ендопротеза після первинного ендопротезування кульшового суглоба. Травма 2017;18:27–33. <https://doi.org/10.22141/1608-1706.1.18.2017.95587>.
126. Ogorenko V, Shornikov A, Kyrychenko A, Zavalko Y, Khomyakov V, Tomakh N. Improvement of quality of life for patients with aseptic necrosis of the

femoral head and non-psychotic mental disorders. *Georgian Medical News* 2022;86–9. <http://doi.org/10.5281/zenodo.7524920>

127. Шорніков АВ. Динаміка змін тривоги та депресії у хворих на асептичний некроз головки стегнової кістки і непсихотичні психічні розлади залежності від лікування. *Неврологія, психіатрія та наркологія у сучасному світі: глобальні виклики та шляхи розвитку*, Харків; 2022. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.23526.09289>.

128. Шорніков АВ. Шляхи впливу на якість життя у хворих на асептичний некроз головки стегнової кістки і непсихотичні психічні розлади. *Персоніфіковані підходи щодо неврологічної, психіатричної та наркологічної допомоги*, Харків: 2021. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.26042.67522>.

129. Піяжко ОБ, ред. Керівна настанова із оцінки технологій охорони здоров'я 2018.

130. Шорніков АВ, Огоренко ВВ. Прогнозування якості психічного життя у хворих на асептичний некроз головки стегнової кістки з непсихотичними психічними розладами. *Український вісник психоневрології* 2022;30:35–40. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V30-is4-2022-6>.

131. Шорніков АВ. Особливості прогнозування психічного компоненту якості життя у хворих на асептичний некроз головки стегнової кістки, Запоріжжя,; 2022, р. 221–3.

132. Kooner S, Kubik J, Mahdavi S, Piroozfar S (Ghashang), Khong H, Mohan K, et al. Do psychiatric disorders affect patient reported outcomes and clinical outcomes post total hip and knee arthroplasty? *SAGE Open Medicine* 2021;9:20503121211012256. <https://doi.org/10.1177/20503121211012254>.

133. Феденко ЕС. Пограничные психические расстройства у пациентов с коксартрозом. Beau Bassin: LAP Lambert Academic Publishing; 2018.

134. Salaffi F, Carotti M, Grassi W. Health-related quality of life in patients with hip or knee osteoarthritis: comparison of generic and disease-specific

instruments. Clinical Rheumatology 2005;24:29–37.
<https://doi.org/10.1007/s10067-004-0965-9>.

135. Mariconda M, Galasso O, Costa GG, Recano P, Cerbasi S. Quality of life and functionality after total hip arthroplasty: a long-term follow-up study. BMC Musculoskeletal Disorders 2011;12:222. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-12-222>.

136. Bhattacharjee A, Bhattacharya N, Debbarma R. Personality pattern and quality of life among neurotic patients: A comparative study. Indian Journal of Positive Psychology 2018;9. <https://doi.org/10.15614/ijpp.v9i01.11759>.

ДОДАТКИ

Додаток А

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА

Праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

1. Шорніков АВ. Дослідження рівня тривоги, депресії та безнадійності у хворих на асептичний некроз головки стегнової кістки на передопераційному етапі. Вісник проблем біології і медицини. 2021;(3):172–176.
2. Огоренко ВВ, Шорніков АВ, Завалко ЮМ. Структура непсихотичних психічних розладів, алекситимії і тривоги у пацієнтів з асептичним некрозом головки стегнової кістки. Медичні перспективи. 2022;27(4):144-150
3. Огоренко ВВ, Шорніков АВ. Гендерно-вікові та соціально-демографічні фактори ризику розвитку непсихотичних психічних розладів у осіб з асептичним некрозом головки стегнової кістки. Психосоматична медицина та загальна практика. 2022;7(2):e0702369.
4. Ogorenko V, Shornikov A, Kyrychenko A, Zavalko Y, Khomyakov V, Tomakh N. Improvement of quality of life for patients with aseptic necrosis of the femoral head and non-psychotic mental disorders. Georgian Medical News. 2022;(9 (330)):86–89.
5. Шорніков А.В., Огоренко В.В. Прогнозування якості психічного життя у хворих на асептичний некроз головки стегнової кістки з непсихотичними психічними розладами. Український вісник психоневрології. 2022;30(4):35-40

Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

Шорніков АВ, Огоренко ВВ. Тривога, депресія та безнадійність у хворих на асептичний некроз головки стегнової кістки з непсихотичними психічними розладами. В: XV Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених з міжнародною участю «Актуальні питання

клінічної медицини» (19 листопада 2021 р, м Запоріжжя). Запоріжжя, 2021: Державний заклад „Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України”; 2021. С. 339–40.

Шорніков А.В. Особливості прогнозування психічного компоненту якості життя у хворих на асептичний некроз головки стегнової кістки В: XVI Всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених з міжнародною участю «Актуальні питання клінічної медицини» (25-26 листопада 2022 р., м Запоріжжя). Запоріжжя, 2022: Державний заклад „Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України”; 2022 С. 221–223.

Шорніков АВ. Патопсихологічні особливості пацієнтів з асептичним некрозом головки стегнової кістки які потребують ендопротезування. Proceedings of the 4th International scientific and practical conference, Osaka, Japan: CPN Publishing Group; 2023, p. 121–124.

Шорніков АВ. Алекситимія у хворих на асептичний некроз головки стегнової кістки з непсихотичними психічними розладами. Proceedings of the 1st International scientific and practical conference, Stockholm, Sweden: SSPG Publish; 2023, p. 122–124.

Стендові доповіді та апробація результатів дисертаційної роботи

- 1) Стендова доповідь – «Динаміка змін тривоги та депресії у хворих на асептичний некроз головки стегнової кістки і непсихотичні психічні розлади залежності від лікування». Шорніков АВ. VI Національний конгрес неврологів, психіатрів та наркологів України «Неврологія, психіатрія та наркологія у сучасному світі: глобальні виклики та шляхи розвитку» «Неврологія, психіатрія та наркологія у сучасному світі: глобальні виклики та шляхи розвитку(6-8 жовтня 2022 року, м. Харків).
<http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.23526.09289>
- 2) Стендова доповідь – «Шляхи впливу на якість життя у хворих на асептичний некроз головки стегнової кістки і непсихотичні психічні розлади» Шорніков АВ. Науковий симпозіум з міжнародною участю «Персоніфіковані підходи щодо неврологічної, психіатричної та наркологічної допомоги» (м.Харків, 07.10.2021р. – 08.10.2021р.)
<http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.26042.67522>
- 3) Стендова доповідь – «Предиктори психічного компоненту якості життя у хворих на асептичний некроз головки стегнової кістки і непсихотичні психічні розлади» Науково-практична конференція «Організація амбулаторної та стаціонарної психіатричної допомоги під час війни» (м.Дніпро, 26.01.2023р. – 27.01.2023р.)

Акти впровадження

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Проректор з наукової роботи

Дніпровського державного

медичного університету

проф.

Олександр І УДАРЬЯН



« 05 » 2023р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження: «Спосіб прогнозування якості психічного життя у хворих на асептичний некроз головки стегнової кістки з неспихотичними психічними розладами».
 2. Ким запропоновано, адреса, виконавці: кафедра психіатрії, наркології і медичної психології Дніпровського державного медичного університету (49044, м. Дніпро, вул. Володимира Вернадського, буд. 9); В.В. Огоренко, А.В. Шорніков.
 3. Джерело інформації: Шорніков А.В., Огоренко В.В. Прогнозування якості психічного життя у хворих на асептичний некроз головки стегнової кістки з неспихотичними психічними розладами. Український вісник психоневрології. 2022;30(4):35-40 <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V30-I4-2022-6>
 4. Де впроваджено: кафедра психіатрії, наркології і медичної психології
 5. Термін впровадження: 02.09.2021 – 24.03.23.
 6. Форма впровадження: у навчально-педагогічний процес.
 7. Ефективність впровадження: матеріали використовуються при проведенні практичних занять для студентів 4 курсу ОР «Магістр» «Медицина» в змістовний модуль 3 Тема 1. Психічні порушення у хворих при соматичних, ендокринних та судинних захворюваннях. Психічні порушення при інфекційних порушеннях та черепно-мозкових травмах), що дозволило покращити розуміння факторів, які впливають на психічний стан хворих на АНІСК з НІР.
 8. Зауваження, пропозиції: не вносились.
- Відповідальний за впровадження

В.о.завідувача кафедри
психіатрії, наркології і
медичної психології,
д.мед.н., професор

Вікторія ОГОРЕНКО

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Ректор Луганського
державного медичного
університету, д.б.н., проф.
Сергій СМІРНОВ

« 2 » 2023р



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження: «Чинники, що впливають на якість життя у хворих похилого віку з хронічною серцевою недостатністю на фоні артеріальної гіпертензії та зниженої функції нирок».
 2. Ким запропоновано, адреса, виконавці: кафедра психіатрії, наркології і медичної психології Дніпровського державного медичного університету (49044, м. Дніпро, вул. Володимира Вернадського, буд. 9); В.В. Огоренко, А.В. Шорніков.
 3. Джерело інформації: Огоренко ВВ, Шорніков АВ. Гендерно-вікові та соціально-демографічні фактори ризику розвитку непсихотичних психічних розладів у осіб з асептичним некрозом головки стегнової кістки. Психосоматична медицина та загальна практика. 2022;7(2):e0702369. <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v7i2.369>
 4. Де впроваджено: кафедра неврології, психіатрії, наркології, офтальмології, отоларингології та онкології
 5. Термін впровадження: 24.11.2022 – 17.01.23.
 6. Форма впровадження: у навчально-педагогічний процес.
 7. Ефективність впровадження: матеріали використовуються при проведенні практичних занять з внутрішньої медицини для студентів ОР «Магістр» за спеціальністю 222 «Медицина», що дозволило поглибити знання щодо чинників, які впливають розвиток непсихотичних психічних розладів у осіб з асептичним некрозом головки стегнової кістки.
 8. Зауваження, пропозиції: не вносились.
- Відповідальний за впровадження

В.о. завідувача кафедри
д.мед.н., професор

Микола ОВЧАРЕНКО

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

В.о. першого проректора
Дніпровського медичного
інституту традиційної і
нетрадиційної медицини
д.мед.н., професор

Герман ТІТОВ



2022 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження: «Спосіб прогнозування госпіталізації протягом 6 місяців у хворих похилого віку з хронічною серцевою недостатністю на фоні артеріальної гіпертензії та зниженої функції нирок».
2. Ким запропоновано, адреса, виконавці: кафедра психіатрії, наркології і медичної психології Дніпровського державного медичного університету (49044, м. Дніпро, вул. Володимира Вернадського, буд. 9); В.В. Огоренко, А.В. Шорніков.
3. Джерело інформації: Шорніков АВ. Дослідження рівня тривоги, депресії та безнадійності у хворих на асептичний некроз головки стегнової кістки на передопераційному етапі. Вісник проблем біології і медицини. 2021;(3):172–176 <https://doi.org/10.29254/2077-4214-2021-3-161-172-176>
4. Де впроваджено: кафедра внутрішньої медицини з курсом профілактичних дисциплін
5. Термін впровадження: 02.11.2021 – 30.11.22.
6. Форма впровадження: у навчально-педагогічний процес.
7. Ефективність впровадження: матеріали використовуються при проведенні практичних занять для здобувачів вищої освіти 3 курсу ОПП «Медицина» ПНД «Медична психологія», що дозволило покращити розуміння тривоги та депресії як факторів що впливають на психічний стан пацієнтів з соматичними захворюваннями на прикладі пацієнтів з АНГСК.
8. Зауваження, пропозиції: не вносились.
Відповідальний за впровадження:

Асистент кафедри
внутрішньої медицини з
курсом профілактичних
дисциплін, к.мед.н.

Олександр ШИРОКОВ

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Перший проректор з науково-педагогічної роботи
Придніпровської державної академії фізичної культури і спорту

д. фіз. вих., професор
Сергій АФАНАСЬСВ



2023р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження: «Покращення якості життя хворих на асептичний некроз головки стегнової кістки з непсихотичними психічними розладами».
 2. Ким запропоновано, адреса, виконавці: кафедра психіатрії, наркології і медичної психології Дніпровського державного медичного університету (49044, м. Дніпро, вул. Володимира Вернадського, буд. 9); В.В. Огоренко, А.В. Шорніков.
 3. Джерело інформації: Ogorenko V, Shornikov A, Kyrychenko A, Zavalko Y, Khomyakov V, Tomakh N. Improvement of quality of life for patients with aseptic necrosis of the femoral head and non-psychotic mental disorders. Georgian Medical News. 2022;(9 (330)):86–89.
<https://doi.org/10.5281/zenodo.7524920>
 4. Де впроваджено: кафедра фізичної терапії, ерготерапії.
 5. Термін впровадження: 12.01.2022 – 20.12.22.
 6. Форма впровадження: у навчально-педагогічний процес.
 7. Ефективність впровадження: матеріали використовуються при проведенні практичних занять для здобувачів вищої освіти другого (магістерського) рівня вищої освіти спеціальність 227 «Фізична терапія, ерготерапії», спеціалізація 227.01 «Фізична терапія», що дозволило покращити розуміння факторів ризику розвитку погіршення якості життя у хворих з АНГСК та НПР.
 8. Зауваження, пропозиції: не вносились.
- Відповідальний за впровадження

к.мед.н., доцент

С.В.Рокутов

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор ДУ “Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України”
д.мед.н., професор
Алла КИРИЧЕНКО



« 31 » _____ 2023р.

Акт впровадження

1. Пропозиція для впровадження: «Спосіб прогнозування якості психічного життя у хворих на асептичний некроз головки стегнової кістки з непсихотичними психічними розладами».
2. Ким запропоновано, адреса, виконавці: кафедра психіатрії, наркології і медичної психології Дніпровського державного медичного університету (49044, м. Дніпро, вул. Володимира Вернадського, буд. 9); В.В. Огоренко, А.В. Шорніков.
3. Джерело інформації: Шорніков А.В., Огоренко В.В. Прогнозування якості психічного життя у хворих на асептичний некроз головки стегнової кістки з непсихотичними психічними розладами. Український вісник психоневрології. 2022;30(4):35-40 <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V30-is4-2022-6>
4. Де впроваджено: ДУ “Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України”
5. Термін впровадження: 10.01.22 по теперішній час
6. Загальна кількість спостережень: 32
7. Ефективність впровадження відповідно до критеріїв, викладених у джерелі інформації:

Показники	За даними	
	розробника	установи, яка проводила впровадження
Достовірне прогнозування госпіталізацій протягом наступних 6 місяців	78%	81%

8. Зауваження, пропозиції: не вносились.

Відповідальний за впровадження

к. мед. н. Томах
Сид

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Медичний директор КП
"Дніпропетровська обласна
клінічна лікарня
ім.І.І.Мечникова" ДОР",
д.мед.н., Заслужений лікар
України
Сергій ТИМЧУК

« 18 » 2023р.



Акт впровадження

1. Пропозиція для впровадження: «Спосіб прогнозування якості психічного життя у хворих на асептичний некроз головки стегнової кістки з непсихотичними психічними розладами».
2. Ким запропоновано, адреса, виконавці: кафедра психіатрії, наркології і медичної психології Дніпровського державного медичного університету (49044, м. Дніпро, вул. Володимира Вернадського, буд. 9); В.В. Огоренко, А.В. Шорніков.
3. Джерело інформації: Шорніков А.В., Огоренко В.В. Прогнозування якості психічного життя у хворих на асептичний некроз головки стегнової кістки з непсихотичними психічними розладами. Український вісник психоневрології. 2022;30(4):35-40 <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V30-is4-2022-6>
4. Де впроваджено: КП "Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім.І.І.Мечникова" ДОР"
5. Термін впровадження: 14.11.22 – 13.01.23
6. Загальна кількість спостережень: 23
7. Ефективність впровадження відповідно до критеріїв, викладених у джерелі інформації:

Показники	За даними	
	розробника	установи, яка проводила впровадження
Достовірне прогнозування госпіталізацій протягом наступних 6 місяців	78%	74%

8. Зауваження, пропозиції: не вносились.

Відповідальний за впровадження

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Медичний директор КП
«Дніпровська багатoproфільна
клінічна лікарня з надання
психіатричної допомоги» ДОР»,
к.мед.н., Заслужений лікар України
Юрій ЗАВАЛКО

«20» _____ 2023р.

Акт впровадження

1. Пропозиція для впровадження: «Спосіб прогнозування якості психічного життя у хворих на асептичний некроз головки стегнової кістки з неспсихотичними психічними розладами».
2. Ким запропоновано, адреса, виконавці: кафедра психіатрії, наркології і медичної психології Дніпровського державного медичного університету (49044, м. Дніпро, вул. Володимира Вернадського, буд. 9); В.В. Огоренко, А.В. Шорніков.
3. Джерело інформації: Шорніков А.В., Огоренко В.В. Прогнозування якості психічного життя у хворих на асептичний некроз головки стегнової кістки з неспсихотичними психічними розладами. Український вісник психоневрології. 2022;30(4):35-40 <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V30-is4-2022-6>
4. Де впроваджено: КП «Дніпровська багатoproфільна клінічна лікарня з надання психіатричної допомоги» ДОР»
5. Термін впровадження: 10.01.22 – 13.03.23
6. Загальна кількість спостережень: 10
7. Ефективність впровадження відповідно до критеріїв, викладених у джерелі інформації:

Показники	За даними	
	розробника	установи, яка проводила впровадження
Достовірне прогнозування госпіталізацій протягом наступних 6 місяців	78%	80%

8. Зауваження, пропозиції: не вносились.

Відповідальний за впровадження