ГЕНДЕРНО-ВІКОВІ та соціально-демографічні чинники ризику розвитку непсихотичних психічних розладів в осіб з асептичним некрозом головки стегнової кістки

В.В. Огоренко, А.В. Шорніков,
Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро

Асептичний некроз головки стегнової кістки (АНГСК) — тяжке дегенеративно-дистрофічне поліетіологічне захворювання кульшового суглоба, яке призводить до тривалої непрацездатності та інвалідизації. За даними систематичних оглядів, чинниками ризику є високі дози глюкокортикоїдів, травматизація кульшового суглоба, спадковість, вживання алкоголю та паління тощо [1, 2]. Оскільки одним із механізмів виникнення АНГСК є вплив глюкокортикоїдів, які викликають звуження судин, що призводить до збільшення вироблення прокоагулянтного фактора, адіпогенезу, зниження остеогенезу і пригнічення відновлення і ремоделювання кісток через утворення жирових емболів, то наявність депресивних розладів, за яких також підвищується рівень кортизолу, може виступати як додатковий чинник ризику [3, 4]. Відомо, що захворювання переважно вражає чоловіків працездатного віку, проте дані можуть різнитися залежно від основної причини виникнення [5]. За різними даними, середній вік пацієнтів з АНГСК становить від 33 до 50 років, а співвідношення чоловіків до жінок 3–4 до 1 [3]. Проте для азійської популяції хворих є інші дані: загальна поширеність нетравматичного АНГСК у Китаї становить 0,725 % із середнім віком діагностики 47,19 років; річний рівень захворюваності в Японії — 1,91 на 100 тис., середній вік пацієнтів 50,4 років, співвідношення чоловіків і жінок — 2,1:1 [6, 7]. Наявність хронічного болю в структурі захворювання спричиняє негативний вплив на психічний стан пацієнта, хронічний післяопераційний біль та зрештою знижує якість життя [8, 9]. Оскільки проведене хірургічне втручання покращує психічний компонент якості життя хворих на АНГСК, то вплив на наявні непсихотичні психічні розлади (НПР) може бути терапевтичною стратегією для зниження чинника ризику якості життя, пов'язаного зі здоров'ям та задоволеністю результатами лікування [10, 11]. Чинники ризику зниження якості життя після тотальної артропластики можна розділити на малоймовірно змінювані (стать, вік, супутні захворювання і соціально-економічний статус) та потенційно змінювані (періопераційний біль, фізичний стан, психічний стан, хірургічні чинники тощо) [9]. Згадані малозмінювані чинники, своєю чергою, можуть мати вплив на психічний стан пацієнтів, та уможливити його передбачення. Також слід зазначити, що вік пацієнта є одним із ключових чинників вибору варіантів лікування АНГСК [12]. Отже, успішна реабілітація хворих на АНГСК полягає не тільки у відновленні функцій уражених суглобів, а й у наданні необхідної, відповідно до наявних НПР та гендерно-вікових особливостей, психологічної допомоги. Мета дослідження — комплексний аналіз гендерно-вікових та соціально-демографічних характеристик пацієнтів з АНГСК як предикторів розвитку НПР.

Матеріали та методи дослідження

У дослідженні взяли участь 137 пацієнтів з АНГСК, які отримували лікування у Комунальному закладі «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова» Дніпропетровської обласної ради» (м. Дніпро) з діагнозом «асептичний некроз головки стегнової кістки» (М 87 за МКХ-10) у 2016–2019 рр. Серед обстежених 92 (67,2 %) чоловіки та 45 (32,8 %) жінок. Середній вік пацієнтів — 52,01 ± 11,29 років. Критеріями включення були наявність НПР у пацієнтів з АНГСК, добровільна згода на участь, відсутність психотичної симптоматики. Критерії виключення — важкі соматичні стани, наявність психічних розладів до виникнення АНГСК, систематичне вживання глюкокортикоїдів протягом останнього року. Для дослідження використовували клініко-анамнестичний та клініко-психопатологічний методи, які ґрунтувались на загальноприйнятих підходах до психіатричного обстеження пацієнтів [13, 14]. Також проводили структуроване інтерв'ю з використанням спеціально розробленої карти клініко-психопатологічного дослідження, яка вміщувала запитання щодо соціально-демографічного статусу. Виконали ретроспективний аналіз медичної звітної документації пацієнтів з АНГСК, які перебували на стаціонарному лікуванні, та динамічне спостереження. Оцінювали: тяжкість депресії з використанням шкали депресії Бека (BDI-II), рівень тривоги — за допомогою шкали тривоги Бека (BAI) та тесту тривоги Тейлора (TMAS), виразності песимізму щодо майбутнього за шкалою безнадійності Бека (BHS), рівня алекситимії за Торонтською шкалою алекситимії (TAC-20) та виявлення розладів, зумовлених вживанням алкоголю, за тестом AUDIT. Статистичний аналіз даних виконували

Таблиця 1. Розподіл обстежених відповідно до вікових груп

Вік, роки	Кількість обстежених пацієнтів, n (%)	Чоловіки, n	Жінки, n	Чоловіки: жінки
18–44	33 (24,09)	23	10	2,3:1
45–59	63 (45,99)	45	18	2,5:1
60–74	39 (28,43)	23	16	1,44:1
75–89	2 (1,43)	1	1	1:1
Загалом	**137 (100)**	**92**	**45**	**2,04:1**

з використанням пакета прикладних програм Statistica 6.1 (StatSoftInc., США). Оцінювання нормальності розподілу ознак виконували за допомогою тесту Шапіро–Уїлка. Аналіз розбіжностей проводили за допомогою непараметричного тесту Манна–Уїтні для кількісних ознак і критеріїв χ^2 Пірсона та точного критерію Фішера для порядкових чи номінальних даних. Для порівняння декількох незалежних груп використовували тест Краскіла–Уоліса з подальшим попарним порівнянням за допомогою тесту Манна–Уїтні. Критичним значенням статистичної значущості для всіх видів аналізу вважали $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення

Учасників розподілили на вікові групи за класифікацією ВООЗ: 18–44 роки (молодий вік), 45–59 років (середній вік), 60–74 роки (похилий вік), 75–89 років (старечий вік) (табл. 1). Дослідження не охоплювало осіб старше за 90 років, тож надалі категорію довгожителів не використовували. Аналізуючи показники депресії, тривоги, алекситимії, безнадійності та вживання алкоголю, виявлено гендерні відмінності: рівень тривоги в молодому віці вищий в осіб жіночої статі ($p = 0,0382$ для BAI та $p = 0,0466$ для TMAS) (табл. 2). Аналізуючи вікові особливості, виявлено достовірні відмінності алекситимії, залежно від вікових груп (тест Краскіла–Уолліса: $H[df = 3, n = 45] = 9,867787$ $p = 0,0197$). За подальшого попарного порівняння виразності алекситимії виявлено достовірні відмінності показника між особами молодого віку та літніми пацієнтами як для чоловічої, так і для жіночої статі ($p = 0,0322$ та $p = 0,0060$ відповідно). Виявлено високий рівень алекситимії у всіх вікових групах,

Таблиця 3. Розподіл обстежених залежно від віку, статі, зайнятості та тривалості АНГСК

Стать	Вік, роки	Працюють	Тривалість АНГСК		Разом
			До 5 років	Понад 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**

зокрема тенденцію до вищого рівня безнадійності у молодих жінок порівняно з чоловіками. За даними соціально-демографічного статусу, отриманих зі спеціально розробленої карти клініко-психопатологічного дослідження на момент обстеження 35,04 % (48/137) осіб працювали, а 64,96 % (89/137) — ні. Аналізуючи розподіл пацієнтів залежно від віку, статі, зайнятості та тривалості АНГСК (табл. 3), 52,9 % (36/68) чоловіків та 67,9 % (19/28) жінок працездатного віку не працювали через наявність хвороби. При цьому не виявлено достовірних відмінностей щодо працевлаштованості залежно від тривалості хвороби для обох статей ($p > 0,05$). Встановлено низьку поширеність АНГСК в осіб старшої вікової групи: лише 5,4 % (5/92) обстежених чоловіків та 11,1 % (5/45) є старшими за 60 років і мають нетривалий (до 5 років) анамнез захворювання. Середні результати рівня депресії в пацієнтів різних вікових груп за тестом BDI-II відповідали помірній депресії (20–28 балів). Аналізуючи рівні депресії за відповідними точками відсічі, 14,1 % обстежених чоловіків та 8,9 % жінок не мали ознак депресії (табл. 4) [15]. Достовірних відмінностей щодо поширеності різних рівнів депресії залежно від статі та віку не виявлено ($p > 0,05$). Середній бал песимізму до майбутнього за шкалою безнадійності Бека — 6 (4; 15), що відповідає

Таблиця 2. Психометричні показники у пацієнтів з АНГСК залежно від статі та вікових груп (Me [Q25; Q75])

Вік	18–44 років		45–59років		60–74 років		75–90 років		Загалом
Стать/ тест	Ч (n=23)	Ж (n=10)	Ч (n=45)	Ж (n=18)	Ч (n=23)	Ж (n=16)	Ч (n=1)	Ж (n=1)	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	

Примітка. * Достовірна відмінність показника за тестом Мана-Уїтні при U = 62,0, p = 0,0382** достовірна відмінність показника за тестом Мана-Уїтні при U = 64,5, p = 0,0466*** достовірна відмінність показника за тестом Мана-Уїтні при U= 167,5, p = 0,0322**** достовірна відмінність показника за тестом Мана-Уїтні при U = 29, p = 0,0060↑ тест Краскіла-Уолліса H (df = 3, n = 45) = 9,867787, p = 0,0197.

Таблиця 4. Розподіл наявності депресії у пацієнтів за BDI-II

Стать	Вік, роки	Депресія відсутня (BDI-II ≤ 13)	Легка депресія (BDI-II = 14–19)	Помірна депресія (BDI-II = 20–28)	Тяжка депресія (BDI-II ≥ 29)
Ч (n=92)	< 60(n=68)	9	11	26	22
	> 60(n=24)	4	5	8	7
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.

Таблиця 5. Розподіл наявності безнадійності у пацієнтів за BHS

Стать	Вік, роки	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.

Таблиця 6. Розподіл наявності тривоги у пацієнтів за TMAS

Вік, роки	Стать	Тривога за TMAS низька	Тривога за TMAS висока
< 60 років* (n = 96)	Ч (n = 68)	39	29
	Ж (n = 28)	7	21
> 60 років (n = 41)	Ч (n = 24)	11	13
	Ж (n = 17)	9	8

Примітка. *Двосторонній точний критерій Фішера для чоловіків та жінок до 60 років, p = 0,0078.

Таблиця 7. Розподіл наявності тривоги у пацієнтів за BAI

Стать	Вік, роки	Легка тривога	Помірна тривога	Віжка 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 χ^2 = 0,377 (df = 2), p = 0,829; **Критерій Пірсона χ^2 = 4,088 (df = 2), p = 0,130.

Таблиця 8. Розподіл наявності алекситимії у пацієнтів за TAC-20

Стать	Вік, роки	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 і більше 60 років, p = 0,0086.

легкому рівню. В обстежених жінок молодого віку виявлено тенденцію до вищих балів безнадійності. Аналізуючи поширеність безнадійності серед обстежених з АНГСК, клінічно значущий рівень (точка відсічі BHS — 3 бали) спостерігали у 32,6 % чоловіків та 48,9 % жінок без достовірних відмінностей залежно від віку (табл. 5). Наявність та виразність тривоги у пацієнтів з АНГСК може бути зумовлена багатьма причинами: від реакції на тяжке захворювання і необхідності оперативного втручання до складних психосоматичних механізмів переживання стресу. Серед обстежених медіанний бал тривоги за тестом TMAS був 26 (19; 37) із достовірно вищим значенням у жінок молодого віку. Взявши за точку відсічі за цим тестом 25 балів, отримали: чоловіки до 60 років достовірно рідше мали високий рівень тривоги, аніж жінки відповідної вікової групи (42,6 проти 75 % відповідно, за p = 0,0078 за точним критерієм Фішера) (табл. 6). Для осіб старшої вікової групи гендерних особливостей не виявлено. Оскільки тест TMAS визначає і вимірює тривогу як рису особистості, ми доповнили дослідження тривоги тестом BAI, який більшою мірою підходить для визначення тривоги як ознаки тривожного розладу. Аналізуючи результати, не виявлено гендерних і вікових відмінностей щодо поширеності різних рівнів тривоги в обстежених пацієнтів (табл. 7). Враховуючи алекситимічну теорію психосоматичних розладів, ми дослідили і гендерно-вікові особливості алекситимії. Медіанний бал за тестом TAC-20 — 70 (62; 79) із достовірно вищим рівнем у жінок молодого віку. Узявши за точку відсічі за цим тестом 60 балів, алекситимія в осіб старших вікових груп виникала значно рідше, ніж у віці до 60 років: достовірно у жінок (p = 0,0086 за точним критерієм Фішера) та тенденційно (2 проти 13) у чоловіків (p = 0,33776 за точним критерієм Фішера) (табл. 8).

Висновки

Внаслідок проведеного комплексного аналізу гендерно-вікових та соціально-демографічних характеристик осіб із нетравматичного АНГСК виявлено: співвідношення чоловіків і жінок у дослідженні — 2,04 : 1. Середні результати рівня депресії в обстежених відповідають помірній депресії; 14,1 % чоловіків і 8,9 % жінок не мають ознак депресії, не виявлено відмінностей щодо поширеності рівнів депресії залежно від статі та віку. Рівень тривожності в молодому віці був вищий у жінок, у старшому віці не встановлено гендерної залежності тривожності. При цьому не виявлено гендерних і вікових відмінностей щодо поширеності рівнів тривоги. Клінічно значущий рівень безнадійності спостерігали майже у третини чоловіків та у половини обстежених жінок без достовірних відмінностей залежно від віку. Високий рівень алекситимії у всіх групах із достовірно вищим рівнем у жінок молодого віку. Трохи більше половини чоловіків і дві третини жінок працездатного віку не працювали на момент звернення по медичну допомогу через захворювання.

Список літератури знаходиться в редакції

Психосоматична медицина та загальна практика.
2022. Вип. 7, No 2: e0702369
DOI: 10.26766/pmgp.v7i2.369