

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ЖЕНЩИН С ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ И ОСТЕОПЕНИЕЙ

Ю.Е. МЕНДУКШЕВА, М.Н. КИРПИКОВА, Е.А. ШУТЕМОВА

Ивановская государственная медицинская академия,
Кафедра терапии и амбулаторной медицины ФДППО ИвГМА

Исследованы психологические особенности 59 женщин в постменопаузе с низкими показателями минеральной плотности костной ткани (МПК) по сравнению с 21 женщиной с нормальными показателями МПК, определяемыми методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (Delfi A, Hologic). Реактивную тревожность оценивали методом Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина, уровень депрессии — при помощи опросника CES-D, самооценку состояния здоровья и уровня боли проводили по визуально-аналоговой шкале.

Выявлена высокая частота встречаемости клинически значимых тревожных и депрессивных расстройств у женщин с низкими показателями МПК. Установлена взаимосвязь уровня депрессии и тревожности с МПК, выраженностью болевого синдрома и самооценкой состояния здоровья.

Ключевые слова: остеопороз, психологический статус.



В последние годы появились работы, которые свидетельствуют о высокой распространенности тревожных и депрессивных расстройств в ревматологической практике, намного превышающей частоту встречаемости этих расстройств в популяции [3—5]. Тревожно-депрессивные состояния значительно утяжеляют течение ревматических заболеваний, являются одной из причин ухудшения качества жизни этой категории больных, в значительной степени нарушая адаптационные возможности и социальное функционирование, снижая приверженность к лечению, участию в реабилитационных и профилактических программах [1, 3]. Психологические изменения, характерные для хронических ревматических заболеваний, развиваются со значительной частотой и у пациентов с остеопорозом [1, 3, 4]. Однако особенности психологического статуса больных остеопорозом (ОП) изучены недостаточно, нет данных о связи тяжести ОП, в частности степени снижения плотности костной ткани, с выраженностью расстройств депрессивного спектра и болевого синдрома. В связи с этим представляется актуальным изучение характера тревожно-депрессивных расстройств у больных ОП, что и послужило поводом для нашего исследования.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявить особенности психологического статуса женщин с постменопаузальным остеопорозом и остеопенией.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 80 женщин в возрасте от 55 до 77 лет. Диагноз ОП верифицировался методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (DXA) на остеоденситометре Delphi A (Hologic) с оценкой минеральной плотности костной ткани (МПК) в переднезадней проекции позвоночника и проксимальных отделах бедренной кости по Т-критерию. Пациентов относили к одной из клинических категорий: с нормальной костной массой (Т-критерий > -1,0), остеопенией (-2,5 < Т-критерий < -1,0), ОП (Т-критерий < -2,5) и тяжелым ОП (Т-критерий < -2,5 при наличии в анамнезе переломов) [7]. По результатам DXA были сформированы две группы больных: основ-

ная — со сниженной МПК (n=59) и контрольная — с нормальной МПК (n=21). Остеопения имела у 24 пациенток (40,7%), ОП, умеренно выраженный, — у 16 пациенток (27,1%), тяжелый ОП с указанием в анамнезе на перенесенный перелом, как правило, периферических костей — у 19 пациенток (32,2%). Сравнительная клиническая характеристика пациенток основной и контрольной групп представлена в таблице.

Клиническая характеристика пациенток основной и контрольной групп

Показатель	Основная группа, n=59	Контрольная группа, n=21	p
Возраст	63 ± 6	64 ± 6	н.д.
Возраст наступления менопаузы	48 ± 4	49 ± 4	н.д.
Длительность менопаузы	15 ± 7	16 ± 8	н.д.
МПК L ₁ —L ₄ , г/см ²	0,829 ± 0,106	1,129 ± 0,134	p < 0,0001
МПК шейки бедра, г/см ²	0,704 ± 0,083	0,862 ± 0,065	p < 0,0001

Для исследования психологического статуса использовали стандартизированные психологические методики и шкалы. Реактивную тревожность (РТ) оценивали методом Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина. При количестве баллов менее 30 уровень РТ расценивали как низкий, 31—45 баллов — умеренный, 46 и более баллов — высокий [6]. Наличие и выраженность депрессии оценивали при помощи опросника CES-D. Результаты интерпретировали следующим образом: менее 19 баллов — отсутствие депрессии, 19—25 баллов — легкое депрессивное расстройство, 26 и более баллов — выраженная депрессия. Оценку состояния здоровья и уровня боли проводили по визуально-аналоговой шкале, выражая результаты в процентах от максимально возможного значения [5].

Статистический анализ проводили при помощи компьютерной программы «Statistica-6.0» (Stat.Soft.Inc, 2001). Данные представлены в виде M+σ в случае параметрического распределения признака и Me (интерквар-

тильный размах) при непараметрическом распределении. Сравнение групп проводили при помощи t-критерия Стьюдента, U-критерия Манна—Уитни. Для оценки связи признаков вычислялся коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Средний балл по шкале РТ у больных основной группы составил $34,5 \pm 10,1$ балл, по шкале депрессии — $20,8 \pm 8,9$ балла, в то время как у пациенток контрольной группы показатели были достоверно ($p < 0,001$) ниже — $26,9 \pm 7,1$ и $13,5 \pm 6,6$ балла соответственно. При оценке индивидуальной выраженности тревожной и депрессивной симптоматики было установлено, что симптомы РТ разной степени выраженности отмечались у 100% больных основной группы, при этом у 22 из 59 человек (37%) уровень РТ был низким, у 30 больных (51%) — умеренным и у 7 (12%) больных — высоким. Среди пациенток контрольной группы 17 (81,0%) имели низкий уровень реактивной тревожности, у 4 (19,0%) он был умеренным, высокого уровня РТ диагностировано не было.

Симптомы депрессии были выявлены у 37 из 59 больных основной группы (63%), при этом легкая депрессия отмечалась у 20 пациенток (34%), выраженная — у 17 (29%), отсутствовали симптомы депрессии у 22 человек (37%) основной группы. В контрольной группе симптомы депрессии были выявлены только у 7 из 21 пациентки (33,3%), причем у всех они были легкими. У остальных 66,7% пациенток контрольной группы симптомы депрессии отсутствовали. Полученные нами данные свидетельствуют о высокой распространенности тревожной и депрессивной симптоматики у женщин с пониженными показателями МПК и согласуются с результатами ранее проведенных зарубежных исследований у женщин с постменопаузальным остеопорозом [8] и отечественных исследований, проведенных у больных с сочетанием ревматоидного артрита и ОП [1].

Выраженность болевого синдрома пациентки основной группы оценивали в среднем на уровне 50% (40—70%), пациентки контрольной группы — 39% (25—60%), $p < 0,05$. Больные основной группы, по сравнению с пациентками контрольной группы, более низко оценивали состояние своего здоровья. Самооценка здоровья по визуально-аналоговой шкале у больных основной группы составила в среднем 50% (40—60%), в то время как у пациенток контрольной группы этот показатель был достоверно ($p = 0,002$) выше, составив 60% (50—60%).

При проведении корреляционного анализа были выявлены факторы, ассоциированные с клинически значимой тревожной и депрессивной симптоматикой. Акализ показал, что в основной группе имеется слабая, но достоверная связь уровня РТ с выраженностью болевого синдрома ($r = 0,16$, $p < 0,05$), самооценкой здоровья ($r = -0,27$, $p < 0,05$) и показателями МПК позвоночника (L_1-L_4) и шейки бедра ($r = -0,29$ и $r = -0,15$ соответственно, $p < 0,05$). Выраженность депрессии оказалась значительно взаимосвязана с показателями МПК позвоночника (L_1-L_4) и шейки бедра ($r = -0,37$ и $r = -0,31$ со-

ответственно, $p < 0,05$), в меньшей степени с самооценкой здоровья ($r = -0,26$, $p < 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При оценке психологического статуса женщин с постменопаузальным остеопорозом и остеопенией установлено, что клинически значимая тревожная симптоматика имеет место у 63%, клинически значимая депрессивная симптоматика — у 29% пациенток. Важным результатом проведенного исследования является установление связи тревожной и депрессивной симптоматики с целым рядом клинических параметров: минеральной плотностью костной ткани, выраженностью болевого синдрома и самооценки здоровья. Это делает необходимым наряду с адекватным медикаментозным лечением, направленным на повышение минеральной плотности костной ткани и купирование болевого синдрома, включение в реабилитационные программы для этой категории больных методов психотерапевтической коррекции, развитие такого вида помощи, как группы психологической поддержки и школы для больных остеопорозом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Барышева Ю.В., Ершова О.Б., Белосельский Н.Н. Качество жизни у женщин с ревматоидным артритом и остеопорозом в постменопаузе. Остеопороз и остеопатии. 2002, №3, 6—12.
2. Беневоленская Л.И. (ред.). Руководство по остеопорозу. М.: «Бином»; 2003. 91,261—288,320—346.
3. Ершова О.Б., Семенова О.В. Социальные последствия остеопороза и качество жизни больных. Возможности профилактики. // Медицина Качество жизни. №3, 2003 г. 46—48.
4. Б. Лоренс Риггз, Л. Джозеф Мелтон III. Остеопороз. М.: «Бином»; 2000. 135—144,297—320,505—518.
5. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. Санкт-Петербург: «Элби»; 2004, 7—20.
6. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Издательский дом «Бахрах-М», 2002, 59—64.
7. Российская ассоциация по остеопорозу. Остеопороз. Диагностика, профилактика и лечение. Клинические рекомендации. М.: «ГЭОТАР-Медиа»; 2005, 31—37, 53—57.
8. Lyies K.W., Gold D.T., Shipp K.M. et al. Association of osteoporotic vertebral compression fractures with impaired functional status // Am.J.Med. — 1993. — V.94. — P.595—601.

SUMMARY

Psychological characteristics of 59 women with low parameters of bone mineral density (BMD) in comparison with 21 woman with normal BMD in postmenopausal period were investigated. Dual energy x-ray absorptiometry performed to all patients. Symptoms of anxiety were estimated by Spielberg and Khanin's method, a level of depression by CES-D questionnaire, subjective characteristics of state of health and level of pain by visual — analog scale.

Clinically significant symptoms of anxiety and depression took place at women with low BMD. The interrelation of level BMD with expressiveness of depression and anxiety was revealed at patients with osteoporosis.

Key words: osteoporosis, anxiety, depression.