

**Корнієнко Д. О.**  
**ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ**  
**ПОРУШЕНЬ ТА ЗМІН ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА**  
**ОСТЕОАРТРОЗ З СУПУТНІМ ОЖИРІННЯМ**  
**Харківський національний медичний університет, Харків, Україна**

Останнім часом проблема остеоартрозу (ОА) набула особливого значення серед ревматичних захворювань, що обумовлено значною поширеністю захворювання та стрімким розвитком різноманітних функціональних порушень, що можуть призвести до стійкої деформації суглобів та інвалідизації. Одночасно с цим особлива увага приділяється формуванню ОА у хворих із надмірною масою тіла та супутнім ожирінням. Відомо, що однією з основних причин, що сприяють розвитку ОА є порушення взаємної рівноваги між дією механічних навантажень на суглобову поверхню хряща з одного боку, та можливістю компенсації цього навантаження хрящем – з іншого. Таким чином, надмірна маса тіла та ожиріння відіграють роль у підвищенні механічного впливу на суглоб та призводить до хронічного перевантаження. Останні дослідження свідчать про те, що крім механічних впливів, можна простежити вплив ожиріння на розвиток ОА через формування системного запалення.

Клінічні прояви ОА та формування функціональних обмежень при супутньому ожирінні мають певний вплив на зміни якості життя цієї групи хворих та підсилюють психоемоційні порушення.

**Мета дослідження:** визначити особливості формування психосоматичних порушень та змін якості життя у хворих на остеоартроз пацієнтів з супутнім ожирінням.

**Матеріали й методи дослідження.** В ході дослідження було обстежено 50 пацієнтів з первинним ОА віком від 39 до 68 років. Середній вік обстежених становив  $52,4 \pm 7,1$  роки. Діагноз встановлювався відповідно до МКБ-10 та рекомендацій Американської колегії ревматологів. Для виявлення ступеню супутнього ожиріння використовували критерії ВООЗ та розрахунок індексу маси тіла (ІМТ) як співвідношення маси тіла (кг) до зросту ( $m^2$ ). Нормальний ІМТ вважався 21-24,9  $kg/m^2$ , надлишковою маса тіла вважалася при ІМТ 25-29,9  $kg/m^2$ , ожиріння - при значеннях ІМТ 30  $kg/m^2$  і вище. Клінічні прояви та вплив на повсякденне життя ОА оцінювали за допомоги тесту WOMAC за стандартною методикою.

Для визначення рівня депресії, особистісної та реактивної тривожності використовувалися: опитувальник депресії Бека, тест діагностики самооцінки рівня тривожності Спілбергера - Ханіна. Для оцінки якості життя пацієнтів використовувався міжнародний опитувальник для оцінки якості життя ВООЗ за стандартною методикою.

Для вирішення поставлених завдань серед обстежених хворих на ОА в залежності від присутності супутнього ожиріння було сформовано 2 групи пацієнтів репрезентативні за віком та статтю. Перша група включала в себе 30 пацієнтів, хворих на ОА із супутнім ожирінням. У другу групу увійшли 20 пацієнтів, хворих на ОА без супутньої патології. Анамнез ОА становив  $7,4 \pm 5,1$  років.

Статистична обробка результатів проводилася за допомогою системи статистичної обробки даних Statistica 6.0 та з використанням Microsoft Office Excel 2007. При нормальному розподілі використовувався t-критерій Стюдента, у разі відхилення від нормального розподілу застосовувалися непараметричні критерії. Достовірними вважали відмінності при  $p < 0,05$ . Отримані результати були представлені у вигляді  $M \pm m$ , де  $M$  - це медіана, а  $m$  - стандартне відхилення.

**Результати досліджень.** В ході дослідження було встановлено, що у хворих на ОА із супутнім ожирінням за тестом Womac показники рівня сумарного болю були більш вираженими у порівнянні з хворими без супутньої патології ( $p < 0,05$ ). Також у хворих був значно більш виражений біль при русі по сходах вниз та нічний біль, який заважав сну. При вивченні впливу захворювання на повсякденне життя, відмічалось, що у осіб із супутнім ожирінням виникають більш виражені труднощі при русі, при вставанні з положення лежачи, вдяганні, відвідуванні туалету, проведенні гігієнічних процедур у ванній кімнаті ( $p < 0,05$ ). За рівнем скутості у суглобах не було виявлено достовірних відмінностей між групами ( $p > 0,05$ ).

При вивченні особливостей психосоматичних порушень, було виявлено, що серед хворих на ОА із супутнім ожирінням рівень депресії за шкалою А. Т. Бека відповідав рівню вираженої депресії та був достовірно більшим ніж у групі хворих без супутньої патології ( $p < 0,05$ ). Рівень депресії в обох групах хворих був достовірно вище у порівнянні з референтними значеннями. При оцінюванні особливостей рівня тривожності не було виявлено достовірної різниці між групами пацієнтів ( $p > 0,05$ ). В ході оцінювання показників якості життя за допомогою опитувальника ВООЗ було встановлено достовірне зниження якості життя хворих у порівнянні з референтними значеннями. Виражене зниження якості життя по показниках фізичного здоров'я та психологічного стану було представлене у групі пацієнтів з ОА та супутнім ожирінням ( $p < 0,05$ ).

### **Висновки:**

1. У хворих на ОА із супутнім ожирінням, у порівнянні з пацієнтами з ізольованим ОА, відмічається більш виражений больовий синдром та вплив захворювання на повсякденне життя.

2. Наявність супутнього ожиріння сприяє розвитку психосоматичних розладів, які мають місце при ОА і проявляються переважно в підвищенні рівня депресії.

3. У разі поєднання ОА та ожиріння відмічається достовірне зниження показників якості життя, більш виражене за шкалами фізичного здоров'я та психологічного стану.