

В.В. Огоренко¹,
А.В. Шорніков^{1*},
Ю.М. Завалко²

СТРУКТУРА НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ, АЛЕКСИТИМІЇ І ТРИВОГИ В ПАЦІЄНТІВ З АСЕПТИЧНИМ НЕКРОЗОМ ГОЛОВКИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ

Дніпровський державний медичний університет¹

вул. В. Вернадського, 9, Дніпро, 49044, Україна

КП «Дніпровська багатопрофільна клінічна лікарня з надання психіатричної допомоги» ДОР²

вул. Бехтерева, 1, Дніпро, 49115, Україна

Dnipro State Medical University¹

V. Vernadskyi str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine

*e-mail: andy.sh2014@gmail.com

КР "Dnipro Multidisciplinary Clinical Hospital for Psychiatric Care" DOR²

Bekhtereva str., 1, Dnipro, 49115, Ukraine

e-mail: dkpl@i.ua

Цитування: *Медицині перспективи*. 2022. Т. 27, № 4. С. 144-150

Cited: *Medicini perspektivi*. 2022;27(4):144-150

Ключові слова: *алекситимія, аваскулярний некроз, невротичні розлади, тривога*

Key words: *alexithymia, avascular necrosis, neurotic disorders, anxiety*

Реферат. Структура непсихотичних психічних розладів, алекситимії і тривоги в пацієнтів з асептичним некрозом головки стегнової кістки. Огоренко В.В., Шорніков А.В., Завалко Ю.М. Асептичний некроз головки стегнової кістки (АНГСК) є тяжким хронічним поліетіологічним захворюванням кульшового суглоба, поширеним переважно в осіб молодого віку, при якому спостерігається втрата професійних та соціальних навичок. Відомо, що поява непсихотичних психічних розладів у пацієнтів з АНГСК може призвести до збільшення інвалідизації, зниження якості життя, труднощів в організації реабілітаційного періоду. Сучасні дослідження доводять, що передопераційна оцінка психічного стану пацієнта приводить до статистично значущого зниження інтенсивності болю в післяопераційному періоді, поліпшення якості життя, пов'язаної зі здоров'ям, зниження тривоги, депресії та порушень поведінки в післяопераційному періоді. Метою цього дослідження стало вивчення синдромальних особливостей непсихотичних психічних розладів, рівня алекситимії та тривоги у хворих на АНГСК на передопераційному етапі. У дослідженні брало участь 137 осіб віком від 25 до 75 років, у яких діагностовано АНГСК та виявлені непсихотичні психічні розлади. Використовували клініко-психопатологічний, психодіагностичний методи обстеження (тест AUDIT, Торонтську шкалу алекситимії-20, тест тривоги Тейлора). Пацієнти були розподілені на дві групи залежно від тривалості захворювання на АНГСК. Результати проведеного дослідження виявили основні провідні синдроми: астено-депресивний – у 35,8%, депресивно-іпохондричний – у 18,2%, тривожно-фобічний – у 16,1%, тривожно-депресивний – у 15,3% та астено- апатичний – у 14,6% випадків. Середній бал тривоги становив 26 (19; 37), що свідчить про наявність середньо-високого рівня тривоги в обстежених, водночас 52,5% пацієнтів мали високий і дуже високий рівні тривоги. При проведеному регресійному аналізі встановлено, що тривалість захворювання (OR: 2,23; 95% [ДІ]: 1,11-4,47; $p < 0,05$), оцінки алекситимії (OR: 2,52; 95% [ДІ]: 1,00-6,36; $p < 0,05$) та жіноча стать (OR: 2,16; 95% [ДІ]: 1,03-4,50; $p < 0,05$) виявилися незалежними факторами ризику, пов'язаними з рівнем тривоги в осіб з АНГСК на передопераційному етапі.

Abstract. The structure of non-psychotic mental disorders, alexithymia and anxiety in patients with aseptic necrosis of the femoral head. Ogorenko V.V., Shornikov A.V., Zavalko Yu.M. Aseptic necrosis of the femoral head (ANFH) is a severe chronic poliaetiologic disease of the hip joint which is prevalent mainly in young people with a loss of professional and social skills. It is known that the non-psychotic mental disorders appearance in patients with ANFH can lead to the increasing disability, the decreasing in the quality of life, and difficulties in organizing the rehabilitation period. Current researches prove that the preoperative mental state assessment in patients can lead to the statistically significant decrease of the pain intensity in the postoperative period, an improvement in the quality of life related to health, a decrease in anxiety, depression and behavioural problems in the postoperative period. The aim of this research was to study the syndromic features of non-psychotic mental disorders, alexithymia and anxiety levels in patients with ANFH at the preoperative stage. The study involved 137 people aged 25 to 75 years, who were diagnosed with ANFH and identified non-psychotic mental disorders. Clinical-psychopathological and psychodiagnostic methods of examination were used (AUDIT test, Toronto alexithymia scale-20, Taylor manifest anxiety scale). The patients were divided into two groups depending on the ANFH duration. The results of the study revealed the main leading syndromes: asthenic-depressive – in 35.8%, depressive-hypochondriac – in 18.2%, anxious-phobic – in 16.1%, anxious-depressive – in 15.3% and asthenic-apathetic – in 14.6% of cases. The average anxiety score was

26 (19; 37), which indicates the presence of a medium-high level of anxiety in the examined, while 52.5 percent of patients had high and very high levels of anxiety. A multivariate logistic regression analysis was performed and as a result, the duration of the disease (OR: 2.23; 95% [CI]: 1.11-4.47; $p < 0.05$), estimates of alexithymia (OR: 2.52; 95% [CI]: 1.00-6.36; $p < 0.05$) and female sex (OR: 2.16; 95% [CI]: 1.03-4.50; $p < 0.05$) were found to be independent risk factors associated with the level of anxiety in persons with ANFH at the preoperative stage.

Асептичний некроз головки стегнової кістки (АНГСК) є тяжким хронічним поліетіологічним захворюванням кульшового суглоба, частота якого становить від 1,2 до 12% від всіх дегенеративних захворювань опорно-рухового апарату [1]. Серйозною медико-соціальною проблемою є велика поширеність захворювання, особливо серед осіб працездатного віку, та втрата професійних і соціальних навичок.

Психічні розлади не тільки чинять негативний вплив на якість життя і соціальні функції, але також корелюють з виникненням і погіршенням різних хронічних захворювань та нездорової поведінки. Останніми роками проблема несихотичних психічних розладів (НПР) все більше привертає увагу дослідників [2].

Особливої значущості набувають особливості реакції психіки на хронічні соматичні захворювання, у структурі яких значне місце посідає больовий синдром. Колапс головки стегнової кістки при АНГСК і виникаючий за ним больовий синдром з вираженим порушенням мобільності суттєво впливають на повсякденну активність пацієнтів [3]. Коморбідні психічні розлади в пацієнтів з АНГСК можуть призвести до збільшення інвалідизації, зниження якості життя, труднощів в організації реабілітаційного періоду. Встановлено, що депресивні розлади в пацієнтів молодше 60 років можуть збільшувати ризик АНГСК та суттєво впливати на якість життя пацієнтів [4]. За даними Chen та співавторів, поширеність тривоги в пацієнтів молодого й середнього віку з АНГСК (середній вік $35,2 \pm 10,6$ року) становить 20,4% [5]. Дослідження встановили, що передопераційна оцінка психічного стану, проведення психологічних (психоедукаційних) втручань приводить до статистично значущого зниження інтенсивності болю в післяопераційному періоді, покращення якості життя, пов'язаної зі здоров'ям, і зниження рівня проблем з увагою, проблем інтерналізації (наприклад, депресія, тривога) та екстерналізації (наприклад, імпульсивної поведінки) [6, 7].

Таким чином, рання діагностика НПР при АНГСК може зменшити вплив негативних чинників на перебіг захворювання, зокрема в реабілітаційному періоді, і суттєво вплинути на компоненти якості життя означених хворих, оскільки передопераційне психічне здоров'я значущо впливає на задоволеність після оперативного втручання щодо тотального ендопротезування кульшового суглоба [8].

Мета дослідження – визначити синдромальні особливості несихотичних психічних розладів, рівні алекситимії і тривоги у хворих на АНГСК на передопераційному етапі.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Наше дослідження було проведене на базі КП «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова» ДОР» у 2016-2019 рр. (директор – д. мед. н. С.А. Риженко). Дослідження схвалені комісією з питань біомедичної етики ДДМУ та проведені згідно з письмовою згодою учасників і відповідно до принципів біоетики, викладених у Гельсінській декларації «Етичні принципи медичних досліджень за участю людей» та «Загальній декларації про біоетику та права людини (ЮНЕСКО)».

Обстежено 137 осіб віком від 25 до 75 років, у яких діагностовано АНГСК та виявлені НПР. Використовували клініко-психопатологічний, психодіагностичний методи обстеження (тест AUDIT, Торонтську шкалу алекситимії-20 (TAS-20), тест тривоги Тейлора (TMAS). Діагноз АНГСК встановлювали лікарі-травматологи відповідно до чинних протоколів, НПР визначалися відповідно до протоколів Duodecim [9, 10, 11]. Першу основну групу (ОГ I) склали 55 осіб із тривалістю АНГСК до 5 років, другу основну групу (ОГ II) склали 82 особи з тривалістю АНГСК більше 5 років (від 5 до 21 року).

Дані, отримані в дослідженні, обробляли за допомогою ліцензійної програми STATISTICA 6.1 (StatSoftInc.) серійний номер AGAR909E415822FA. Перевірка на нормальність розподілу показників проводилась за допомогою критерію Шапіро-Уїлка [12].

Описові статистичні показники в тексті представлені у вигляді медіани (Me) та інтерквартильного розмаху (IQR) – Q1(25-й перцентиль) і Q3 (75-й перцентиль) оскільки більшість показників мала тип розподілу, відмінний від нормального. Для порівняння центральних параметрів груп використовувалися непараметричні методи: U-критерій Манна-Уїтні для двох груп та критерій Краскіла-Уолліса (ANOVA) для порівняння декількох груп з подальшим пошуком відмінностей між дослідженнями за допомогою критерію Манна-Уїтні з поправкою Бонферроні [12]. Для аналізу взаємозв'язків між різними ознаками використовували кореляційний аналіз з розрахунком коефіцієнтів рангової кореляції Спірмена (r_s) [12].

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік обстежених становив 52,0±11,3 року, 67,2% з них були чоловіками, 67,3% були одруженими, 48,9% мали вищу освіту, лише 35% працювали. Серед обстежених 43,8%

мали двобічне ураження кульшових суглобів, а 21,9% мали встановлену групу інвалідності. Частота АНГСК та соціо-демографічна інформація для всіх учасників наведені в таблиці 1.

Таблиця 1

Розподіл досліджуваних пацієнтів відповідно до їх особистих характеристик (Me (Q1;Q3))

Показники	Пацієнти з АНГСК (кількість хворих - 137)		ТАС-20	ТМАС
	№	%		
Стать:				
чоловіки	92	67,2	70 (62;78)	24,5 (18;34)
жінки	45	32,4	73 (64;84) [—]	28 (21;39) [—]
вік (Mean ± SD):	52.0 ± 11.3			
- медіана (Q1;Q3)	54 (45;60)			
- розмах	27-77			
Сімейний стан:				
самотні	10	7,3	61 (52;72)	27,5 (20;33)
у шлюбі	93	67,9	70 (62;78)	26 (18;37)
вдівець/ розлучений	34	24,8	76 (69;82) ^{**}	26,5 (20;36)
Рівень освіти:				
середня	14	10,2	70 (60;76)	23,5 (20;37)
середня спеціальна	56	40,9	69,5 (64;78)	26 (20;33,5)
вища	67	48,9	74 (62;80)	25,5 (17;37)
Соціальний статус:				
працюючий	48	35,0	71,5 (64;80,5)	26 (21;37,5)
непрацюючий	89	65,0	70 (61;78)	26 (19;36)
Ураження суглобів при АНГСК (на час огляду):				
однобічне	77	56,2	70 (61;80)	26 (19;33)
двобічне	60	43,8	74,5 (64,5;78,5)	27 (18,5;38,5)
Тривалість соматичного захворювання:				
до 5 років	55	40,1	64 (56;70)	22 (17;29)
більше 5 років	82	59,9	76 (68;82) ^{***}	28,5 (19;39) ^{***}
Інвалідність за соматичним захворюванням:				
не інвалід	107	78,1	71 (63;80)	26 (19;37)
II група	17	12,4	66 (60;76)	25 (18;38)
III група	13	9,5	70 (69;78)	21 (19;31)
Алкогольні проблеми (AUDIT):				
відсутні	126	92,0	70 (63;80)	26 (19;37)
наявні	11	8,0	72 (57;78)	21 (12;26) [*]
Алекситимія (за тестом ТАС-20):				
відсутня	24	17,5		
наявна	112	82,5		
Тривога (за тестом ТМАС):				
- легка	13	9,5		
- помірна	52	38,0		
- висока	56	40,9		
- дуже висока	16	11,6		
рівень алекситимії	70 (62;79)			
рівень тривоги	26 (19;37)			

Примітки: * – p<0.05; ** – p<0.01; *** – p<0.001; достовірна різниця між групами: за критерієм Манна-Уїтні.

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). Алекситимічні характеристики учасників дослідження представлені в таблиці 1. Середній бал ТМАС становив 26 (19;37), що вказує на наявність середньо-високого рівня тривоги в обстежених, водночас 52,5% пацієнтів мали високий і дуже високий рівні тривоги. Детальні характеристики тривоги в обстежених пацієнтів продемонстровано в таблиці 1. Достовірні відмінності по рівню тривоги й алекситимії виявлено за показником тривалості соматичного захворювання: $p < 0,001$ для алекситимії та $p < 0,001$ для показників тривоги.

Ураховуючи отримані дані, було розподілено 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. У структурі визначених форм психічної патології спостерігали основні провідні синдроми: астено-депресивний – у 35,8%, депресивно-іпохондричний – у 18,2%, тривожно-фобічний – у 16,1%, тривожно-депресивний – у 15,3% та астено-апатичний – у 14,6% (табл. 2).

Таблиця 2

Синдромальні рівні НПР в обстежених хворих (n)

Синдром	Варіант	Група (кількість хворих -137)					
		ОГ1 (кількість хворих - 55)		ОГ2 (кількість хворих - 82)		разом	
		осіб	%	осіб	%	осіб	%
астенічний	апатичний	14	25.5	6	7.3	20	14,6
	депресивний	17	30.9	32	39.0	49	35,8
депресивний	іпохондричний	6	10.9	19	23.2	25	18,2
тривожний	фобічний	10	18.2	12	14.6	22	16,1
	депресивний	8	14.5	13	15.9	21	15,3

Залежно від варіанта провідного синдрому неспсихотичних психічних розладів визначили рівень алекситимічних проявів у пацієнтів з АНГСК (табл. 3). Рівень алекситимії залежно від тривалості хвороби відрізняється в пацієнтів з

тривожно-фобічним, тривожно-депресивним й астено-депресивним синдромами. Не знайдено достовірних відмінностей в осіб з депресивно-іпохондричним та астено-апатичним синдромами.

Таблиця 3

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

Синдром	Варіант	Рівень алекситимії		p*
		ОГ1 (кількість хворих - 55)	ОГ2 (кількість хворих - 82)	
тривожний	фобічний	62 (52;64)	72 (70;88)	0,0072
	депресивний	64 (50;70)	70,5 (66;78)	0,0008
депресивний	іпохондричний	84 (72;90)	81 (77;88)	0,9237
астенічний	депресивний	52 (50;56)	76 (67,5;78,5)	0,0009
	апатичний	76,5 (66,5;79)	73 (60;90)	0,6635

Примітка. * – рівень p за критерієм Краскіла-Уолліса.

Наступним етапом було визначення рівня тривоги з урахуванням провідного психопатологічного синдрому (табл. 4). Статистично значуща відмінність рівня тривоги за тестом TMAS зафіксована в пацієнтів з тривожно-фобічним,

тривожно-депресивним, депресивно-іпохондричним та астено-апатичним синдромами. В осіб з астено-депресивним синдромом рівень тривоги достовірно не відрізнявся залежно від тривалості захворювання.

Таблиця 4

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

Синдром	Варіант	Рівень тривоги		p*
		ОГ1 (кількість хворих - 55)	ОГ2 (кількість хворих - 82)	
тривожний	фобічний	29 (26;35)	40,5 (33;44)	0,025645
	депресивний	26 (22;32)	37 (28,5;39,5)	0,006956
депресивний	іпохондричний	18,5 (14;22)	27 (21;34)	0,011248
астенічний	депресивний	16,5 (16;20)	18,5 (17;20)	0,496507
	апатичний	14 (11,5;21,5)	17 (16;39)	0,024611

Примітка. * – рівень p за критерієм Манна-Уїтні.

При проведенні кореляційного аналізу встановлено, що сумарний бал за шкалою TАС-20 був суттєво пов'язаний з тривалістю соматичного захворювання ($r_s=0,44$; $p<0,05$) (табл. 5). Крім того, він був пов'язаний з віком ($r_s=0,34$; $p<0,05$) та статтю ($r_s=0,26$ $p<0,05$).

Тривога негативно корелювала з провідним синдромом ($r_s=-0,58$; $p<0,05$) та тривалістю захворювання ($r_s=-0,27$; $p<0,05$) та з рівнем алекситимії за опитувальником TАС-20 ($r_s=0,21$; $p<0,05$) (табл. 5).

Таблиця 5

Кореляції між психометричними оцінками та характеристиками пацієнтів (r_s)

	Провідний синдром	Тривалість захворювання	TMAS	TAC-20	Вік	Стать	Освіта	Соціальний статус	Ураження суглобів (однобічне/двобічне)	Наявність інвалідності
Провідний синдром	1,000	0,124	-0,580*	0,188*	0,400*	0,030	0,110	0,161	0,125	0,070
Тривалість захворювання	0,124	1,000	0,247*	0,443*	0,337*	0,065	0,181*	0,085	0,123	0,003
TMAS	-0,580*	0,247*	1,000	0,206*	-0,071	0,156	-0,020	-0,068	0,038	-0,103
TAC-20	0,188*	0,443*	0,206*	1,000	0,340*	0,106	0,103	-0,031	0,086	-0,081
Вік	0,400*	0,337*	-0,071	0,340*	1,000	0,128	0,148	0,275*	0,090	-0,186*
Стать	-0,030	0,065	0,156	0,106	0,128	1,000	0,029	0,155	-0,116	-0,132
Освіта	0,110	0,181*	-0,020	0,103	0,148	0,029	1,000	-0,015	0,058	-0,148
Соціальний статус	0,161	0,085	-0,068	-0,031	0,275*	0,155	-0,015	1,000	0,155	0,072
Ураження суглобів (однобічне/двобічне)	0,125	0,123	0,038	0,086	0,090	0,017	0,058	0,155	1,000	0,286*
Наявність інвалідності	0,070	0,003	-0,103	-0,081	-0,186*	-0,132	-0,148	0,072	0,286*	1,000

Примітка. * – достовірність кореляції ($p<0,05$).

Стать, тривалість захворювання, рівень алекситимії та оцінки AUDIT були обрані як показники, що впливають на передопераційну тривогу пацієнта, знижуючи якість життя. Було проведено багатофакторний логістичний регресійний аналіз, і як результат, тривалість захворювання (OR: 2,23; 95% [ДІ]: 1,11-4,47; $p < 0,05$), оцінки алекситимії (OR: 2,52; 95% [ДІ]: 1,00-6,36; $p < 0,05$) та жіноча стать (OR: 2,16; 95% [ДІ]: 1,03-4,50; $p < 0,05$) виявились незалежними факторами ризику, пов'язаними з рівнем тривоги в осіб з АНГСК на передопераційному етапі.

У передопераційному періоді пацієнти з ураженням суглобів мають більш високий рівень тривоги [7], проте в нашому дослідженні виражену тривогу мали 52,5%, на відміну від даних Chen та співавт., які виявили поширеність тривоги 20,5% [5]. Така розбіжність пояснюється тим, що у своє дослідження Chen et al. [5] включили молодих пацієнтів з різними стадіями АНГСК, а в нашому дослідженні пацієнти були старшого віку та з вираженими порушеннями суглоба внаслідок АНГСК. Проте залишається з'ясувати вплив зниженого настрою, особистісних характеристик пацієнтів з АНГСК з метою отримання необхідної інформації для визначення доцільності психологічного втручання, навчання стратегіям подолання стресу та просвіти.

ВИСНОВКИ

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

2. Установлено, що пацієнти з неспсихотичними психічними розладами (тривожно-фобічним, тривожно-депресивним й астено-депресивним синдромам) при АНГСК мають більш високі показники алекситимії зі збільшенням тривалості хвороби.

3. Доведено, що тільки в пацієнтів з астено-депресивним синдромом рівень тривоги не відрізняється залежно від тривалості хвороби.

4. Виявлено наявність позитивного зв'язку між рівнем алекситимії та тривалістю соматичного захворювання і негативного зв'язку між рівнем тривоги та тривалістю захворювання.

5. При проведенні багатофакторного логістичного регресійного аналізу встановлено, що тривалість захворювання, вираженість алекситимії та жіноча стать виявились незалежними факторами ризику, пов'язаними з рівнем тривоги в осіб з АНГСК на передопераційному етапі.

Внески авторів:

Огоренко В.В. – концептуалізація, методологія, рецензування та редагування;

Шорніков А.В. – дослідження, ресурси, curaція даних, формальний аналіз, написання – початковий проект;

Завалко Ю.М. – рецензування та редагування.

Фінансування. Дослідження не має зовнішніх джерел фінансування.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

REFERENCES

1. Lespasio MJ, Sodhi N, Mont MA. Osteonecrosis of the Hip: A Primer. The Permanente journal. 2019;23:18-100. doi: <https://doi.org/10.7812/TPP/18-100>
2. Pidlubnyi VL. [Prognostic and socio-economic significance of using the mental health assessment system model]. Zaporozhye Medical Journal. 2021 Apr 16;23(2):286-92. doi: <https://doi.org/10.14739/2310-1210.2021.2.205344>
3. Osawa Y, Seki T, Takegami Y, Kasai T, Higuchi Y, Ishiguro N. Do femoral head collapse and the contralateral condition affect patient-reported quality of life and referral pain in patients with osteonecrosis of the femoral head? International Orthopaedics (SICOT). 2018;42(7):1463-8. doi: <https://doi.org/10.1007/s00264-018-3867-1>
4. 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(3):e244-51. doi: <https://doi.org/10.3928/01477447-20140225-56>
5. 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(3):e0120234. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0120234>
6. 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(4):259-65. doi: <https://doi.org/10.1302/1863-2548.14.200013>
7. Wouters RM, Vranceanu A-M, Slijper HP, Vermeulen GM, et al. Patients With Thumb-base Osteoarthritis Scheduled for Surgery Have More Symptoms, Worse Psychological Profile, and Higher Expectations Than Nonsurgical Counterparts: A Large Cohort Analysis. Clinical Orthopaedics and Related Researches. 2019;477(12):2735-46. doi: <https://doi.org/10.1097/CORR.0000000000000897>

8. 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. Research Square [Internet]; 2021.

doi: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-103521/v1>

9. Atula S. [Guideline 00708. Mental disorders due to somatic disease]. The Finnish Medical Society Duodecim. [Internet]; 2017 [cited 2022 Jun 16]. Available from: <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3503>.

10. Laukkala T. [Guideline 01068. Psychiatric examination of adults]. The Finnish Medical Society Duodecim.

[Internet]; 2017 [cited 2022 Jun 16]. Ukrainian. Available from: <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3785>.

11. Leppävuori A, Räsänen A. [Guideline 00708. Patient with psychosomatic symptoms]. The Finnish Medical Society Duodecim. [Internet]; 2017 [cited 2022 Jun 16]. Ukrainian. Available from:

<https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3504>

12. Ivanchuk M, Polishchuk O. [Features of statistical analysis of medical and psychological research]. PMGP. 2020;5(3):e0504255. Ukrainian. Available from:

<https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/255>

Стаття надійшла до редакції
07.06.2021

