

ДИНАМІКА ДЕПРЕСИВНО-ТРИВОЖНИХ ПРОЯВІВ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ ПРИ ЛІКУВАННІ ПЕРЕЛОМІВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ СТЕГНА

Харківська медична академія післядипломної освіти

Подано результати корекції емоційних порушень у пацієнтів похилого та старечого віку з когнітивними розладами при хірургічному лікуванні переломів проксимального відділу стегна. Розглянуто питання взаємозв'язку хірургічного лікування переломів та розвитку когнітивних розладів і емоційних порушень тривожно-депресивного спектра у даного контингенту хворих. Наведено динаміку їх рівнів під впливом медикаментозної корекції та за її відсутності.

Ключові слова: пацієнти похилого та старечого віку, когнітивні розлади, емоційні порушення тривожно-депресивного спектра, переломи проксимального відділу стегна.

У висновках сучасних світових досліджень наголошується на актуальності проблематики порушень психічного здоров'я. Надзвичайною ця проблематика стає для осіб похилого та старечого віку, особливо за необхідності проведення їм довготривалого хірургічного лікування [1]. Науковці додержуються думки щодо визнання осіб похилого та старечого віку групою ризику з психічних порушень різноманітного генезу з огляду на наявність у них фізіологічних процесів, характерних для старечого організму [2, 3].

У дослідженнях відзначено, що одним із «тяжких» для хірургічного втручання та коригування проявів когнітивних розладів (КР) і емоційних порушень (ЕП), що виникають та поглиблюються у хворих похилого та старечого віку, є лікування переломів проксимального відділу стегна (ППВС). З огляду на необхідність проведення довготривалого ліжкового режиму та реабілітаційного післяопераційного періоду, фізіологічні зміни у похилому віці, значну розповсюдженість існуючих у старечому віці КР, ППВС визначається як одна з найбільш небезпечних для життя пацієнтів травм. Проведені дослідження вказують на високі показники летальності та значні медико-соціальні наслідки, які обмежують повсякденне активне життя пацієнтів та знижують його якість. За даними дослідників [4], летальність після ППВС у перші 6–12 міс може досягти аж 12,0–24,0%, а за перший рік — 21,5–40,0% [5]. Існує пряма залежність між смертністю та віком пацієнтів [6]. Доведено наявність значних фізичних обмежень у 50,0% хворих і необхідність у сторонній допомозі через рік у 78,0%, два роки — у 65,0% навіть після лікування та повного одужання, а 20,0–50,0% прооперованих осіб взагалі стають інвалідами [7, 8]. При цьому, як стверджують світові науковці, КР

та ЕП все частіше набувають значення актуальної проблеми сучасної охорони здоров'я [9], особливо з огляду на те, що більшість КР пацієнтів літнього та старечого віку трапляється у поєднанні з ЕП тривожно-депресивного характеру. Отже, наявні КР чи ЕП при довготривалому хірургічному лікуванні обов'язково вимагають спеціальної фармакологічної корекції на доопераційному та ранньому післяопераційному етапах [10].

Метою нашого дослідження є вивчення динаміки проявів КР та ЕП тривожно-депресивного спектра осіб старечого та похилого віку, яким було проведено хірургічне лікування ППВС, при медикаментозному коригуванні психічних порушень і без нього.

Ми обстежили 24 пацієнтів старечого та похилого віку, які отримали хірургічне лікування ППВС. Наявність у них КР та/або тривожно-депресивних ЕП вивчали на момент надходження до стаціонару, напередодні хірургічного втручання та через місяць після нього. Усіх хворих було розподілено на дві групи: КРа — із медикаментозною корекцією КР та ЕП тривожно-депресивного спектра, КРб — без такої підтримки.

За допомогою Шкали реактивної та особистісної тривожності Спілбергера — Ханіна фіксувалася можливість високого ризику розвитку проявів реактивної чи особистісної тривожності у лікованих хворих, а завдяки Методиці диференціальної діагностики депресивних станів Зунга (адаптація Т. І. Балашової) проводилося диференціювання депресивних станів і станів, близьких до депресії [11].

Зважаючи на наявність ЕП у хворих із КР та ППВС, їх високу стресогенну напруженість у зв'язку з необхідністю тривалого лікування, нами було отримано показники реактивної та

Таблиця 1

Рівні реактивної тривожності в обстежених хворих із проявами когнітивних розладів та емоційних порушень при надходженні до клініки

Група пацієнтів	Рівень РТ							
	низький		помірний		високий		загалом	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
КР _а чоловіки	—	—	2	8,33	2	8,33	4	16,67
жінки	—	—	3	12,50	5	20,83	8	33,33
разом	—	—	5	20,83	7	29,17	12	50,00
КР _б чоловіки	—	—	2	8,33	3	12,50	5	20,83
жінки	—	—	3	12,50	4	16,67	7	29,17
разом	—	—	5	20,83	7	29,17	12	50,00
Загалом	—	—	10	41,67	14	58,33	24	100,00

Таблиця 2

Рівні особистісної тривожності в обстежених хворих із проявами когнітивних розладів та емоційних порушень при надходженні до клініки

Група пацієнтів	Рівень ОТ							
	низький		помірний		високий		загалом	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
КР _а чоловіки	—	—	1	4,17	3	12,50	4	16,67
жінки	—	—	3	12,50	5	20,83	8	33,33
разом	—	—	4	16,67	8	33,33	12	50,00
КР _б чоловіки	—	—	2	8,33	3	12,50	5	20,83
жінки	—	—	4	16,67	3	12,50	7	29,17
разом	—	—	6	25,00	6	25,00	12	50,00
Загалом	—	—	10	41,67	14	58,33	24	100,00

Таблиця 3

Рівні депресії в обстежених хворих із проявами когнітивних розладів та емоційних порушень при надходженні до клініки

Група пацієнтів	РД							
	стан без депресії		легка депресія		субдепресивний стан		загалом	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
КР _а чоловіки	—	—	1	4,17	3	12,50	4	16,67
жінки	—	—	2	8,33	6	25,00	8	33,33
разом	—	—	3	12,50	9	37,50	12	50,00
КР _б чоловіки	—	—	1	4,17	4	16,67	5	20,83
жінки	—	—	2	8,33	5	20,83	7	29,17
разом	—	—	3	12,50	9	37,50	12	50,00
Загалом	—	—	6	25,00	18	75,00	24	100,00

особистісної тривожності (РТ і ОТ), а також установлено депресивні рівні (ДР) (табл. 1–3).

У цілому серед усіх пацієнтів із РТ (виникає як реакція на стресори, найчастіше соціально-психологічного плану) відзначено її помірний та високий рівні (табл. 1). Високий рівень РТ спостерігався у 14 (58,33%) пацієнтів (порівну

хворих першої та другої груп — по 7 (29,17%), помірний — у 10 (41,67%) осіб (також порівну по 5 (20,83%) пацієнтів). Серед зазначених хворих переважали особи жіночої статі. Так, у першій групі жінок із помірним рівнем РТ було 3 (12,50%), а з високим — 5 (20,83%), чоловіків відповідно по 2 (8,33%). У другій групі жінок із помірним та

Таблиця 4

Рівні реактивної та особистісної тривожності у хворих із проявами когнітивних розладів та емоційних порушень при надходженні до клініки

Група пацієнтів	Рівні		
	РТ	ОТ	ДР
КРа чоловіки	43,61±0,03	42,18±0,12	58,16±0,14
	42,24±0,12	43,41±0,19	59,14±0,07
	42,92±0,07	42,80±0,11	58,65±0,12
КРб чоловіки	42,18±0,11**	41,14±0,08**	58,19±0,08**
	42,05±0,07***	42,19±0,12***	58,16±0,03***
	42,12±0,10*	42,67±0,04*	58,18±0,11***
Загалом	42,52±0,05	42,23±0,07	51,41±0,07

* $p \leq 0,5$; ** $p \leq 0,05$; *** $p \leq 0,01$ у порівнянні відповідних підгруп КРа та КРб.

високим рівнями РТ було відповідно 3 (12,50%) та 4 (16,67%), а чоловіків — 2 (8,33%) і 3 (12,50%).

Що стосується ОТ (дає уявлення про схильність особистості до впливу тих чи інших стресорів через індивідуальні особливості), то в усіх пацієнтів встановлено її помірний та високий рівні (табл. 2). Високий рівень ОТ визначено у 14 (58,33%) пацієнтів (8 (33,33%) осіб першої та 6 (25,00%) — другої груп), з помірним рівнем ОТ було 10 (41,67%) (відповідно 4 (16,67%) та 6 (25,00%) пацієнтів). Більшість хворих становили жінки. У групі з помірним рівнем ОТ було 3 (12,50%) жінки і 1 (4,17%) чоловік, з високим — відповідно 5 (20,83%) та 3 (12,50%); у групі КРб з помірним рівнем — 4 (16,67%) жінки і 2 (8,33%) чоловіки.

За результатами дослідження ДР в усіх пацієнтів із КР та ЕП при ППВС діагностувався депресивний стан різного ступеня вираженості (табл. 3). Так, субдепресивний стан відзначався у 18 (75,00%) хворих, легка депресія — у 6 (25,00%) осіб. Розбіжностей серед обстежених обох груп не встановлено: хворих із легкою депресією нараховувалося по 3 (12,50%), а з субдепресивним станом — по 9 (37,50%). Переважали особи жіночої статі. Так, у групі КРа жінки удвічі кількісно переважали чоловіків: з легкою депресією відповідно було 2 (8,33%) та 1 (4,17%); із субдепресивним станом — 6 (25,00%) та 3 (12,50%). У групі КРб жінок із легкою депресією було 2 (8,33%), а чоловіків — 1 (4,17%); із субдепресивним станом відповідно 5 (20,83%) та 4 (16,67%).

Загальні рівні РТ, ОТ і ДР у хворих із ППВС та КР й ЕП наведено в табл. 4.

За загальними рівнями РТ, ОТ і ДР у хворих із ППВС та КР й ЕП було відзначено граничні показники між помірним та високим рівнями (РТ та ОТ) та між проявами легкої депресії й субдепресивними станами (ДР). Так, за показниками

тривожності у цілому при надходженні до клініки ліковані хворі мали рівні РТ (42,52±0,05) та ОТ (42,23±0,07), які відповідають граничним. ДР у хворих із ППВС та КР й ЕП також значно перевищували нормативні показники і перебували на межі легких депресивних та субдепресивних проявів (51,41±0,07).

Отримані результати можна пояснити розладами психоемоційного стану хворих під дією стресогенних факторів у вигляді усвідомлення необхідності хірургічного втручання, довготривалого післяопераційного періоду, вимушеності проведення реабілітаційних заходів, значного зниження якості життя, необхідності стороннього догляду тощо. Все це значно посилюється з огляду на фізіологічні особливості похилого та старечого віку пацієнтів.

Значних розбіжностей між груповими показниками (КРа та КРб) та за статевими характеристиками за рівнями РТ та ОТ й депресії на момент надходження до стаціонару визначено не було.

Окрім цього, після коригування КР та ЕП відзначалося покращання емоційного спектра у групі хворих КРа порівняно з пацієнтами із КРб, що цілком підтверджувалося результатами дослідження за шкалою Спілбергера — Ханіна та методикою Зунга. Так, за рівнями РТ 3 (12,5%) особи із групи КРа було перерозподілено з підгрупи з високим рівнем у підгрупу з помірним: 1 (4,17%) чоловік та 2 (8,33%) жінки (табл. 5). За даними рівнів ОТ також 2 (8,33%) чоловіків та 1 (4,17%) жінку з групи КРа перерозподілено з підгрупи високого рівня ОТ у підгрупу помірної (табл. 6).

Такі ж результати (покращання емоційного стану лікованих пацієнтів з ППВС та КР й ЕП тривожно-депресивного спектра) за даними ДР отримано нами у групі хворих КРа (табл. 7). Так, у групі хворих, що мали прояви субдепресивного стану, в 1 (4,17%) чоловіка та 2 (8,33%) жінок депресивні прояви нівелювалися до рівня легких.

Таблиця 5

Рівні реактивної тривожності в обстежених хворих із проявами когнітивних розладів та емоційних порушень на етапі хірургічного лікування

Група пацієнтів	Рівень РТ							
	низький		помірний		високий		загалом	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
КРа чоловіки	—	—	3	12,50	1	4,17	4	16,67
жінки	—	—	5	20,83	3	12,50	8	33,33
разом	—	—	8	33,33	4	16,67	12	50,00
КРб чоловіки	—	—	2	8,33	3	12,50	5	20,83
жінки	—	—	3	12,50	4	16,67	7	29,17
разом	—	—	5	20,83	7	29,17	12	50,00
Загалом	—	—	13	54,17	11	45,83	24	100,00

Таблиця 6

Рівні особистісної тривожності в обстежених хворих із проявами когнітивних розладів та емоційних порушень на етапі хірургічного лікування

Група пацієнтів	Рівень ОТ							
	низький		помірний		високий		загалом	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
КРа чоловіки	—	—	3	12,50	1	4,17	4	16,67
жінки	—	—	4	16,67	4	16,67	8	33,33
разом	—	—	7	29,17	5	20,83	12	50,00
КРб чоловіки	—	—	2	8,33	3	12,50	5	20,83
жінки	—	—	4	16,67	3	12,50	7	29,17
разом	—	—	6	25,00	6	25,00	12	50,00
Загалом	—	—	13	54,17	11	45,83	24	100,00

Таблиця 7

Рівні депресії в обстежених хворих із проявами когнітивних розладів та емоційних порушень на етапі хірургічного лікування

Група пацієнтів	ДР							
	стан без депресії		легка депресія		субдепресивний стан		загалом	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
КРа чоловіки	—	—	2	8,33	2	8,33	4	16,67
жінки	—	—	4	16,67	4	16,67	8	33,33
разом	—	—	6	25,00	6	25,00	12	50,00
КРб чоловіки	—	—	1	4,17	4	16,67	5	20,83
жінки	—	—	2	8,33	5	20,83	7	29,17
разом	—	—	3	12,50	9	37,50	12	50,00
Загалом	—	—	9	37,50	15	62,50	24	100,00

Отже, слід зазначити, що пацієнти похилого та старечого віку, які перебували на лікуванні з приводу ППВС та мали різноманітні КР та ЕП, відзначалися такими особливостями:

- 1) наявністю помірних та високих рівнів РТ та ОТ, субдепресивного стану й легкої депресії;
- 2) за загальними показниками РТ, ОТ і ДР в обстежених хворих виявлено граничні рівні

між помірними та високими (РТ та ОТ) та між легкою депресією і субдепресивним станом, що пояснюється їх психоемоційними розладами під дією значних стресогенних чинників, які помітно посилюються з огляду на фізіологічні особливості похилого та старечого віку;

- 3) необхідністю коригування КР та ЕП при проведенні хірургічного лікування ППВС.

У хворих, яким проводилося медикаментозне лікування КР та ЕП, спостерігалось нівелювання ЕП (значне підвищення настрою та загального емоційного фону; поява оптимістичної спрямованості, зниження (чи повна відсутність) ознак тривоги та страху й ажитації; відсутність думок аутоагресивної чи суїцидальної спрямованості);

4) серед хворих спостерігається погіршення наявних КР та ЕП тривожно-депресивного спектра за відсутності їх медикаментозного коригування. Так, відзначалося погіршення емоційного фону, настрою та виникнення значної песимістичної спрямованості; невдоволеність подіями та оточуючими особами; посилення проявів тривоги, страху та ажитації, а у деяких хворих поява суїцидальних думок та аутоагресивної поведінки.

Список літератури

1. Медико-соціальні наслідки переломів проксимального відділу стегнової кістки в осіб похилого та старечого віку (огляд літератури) // В. О. Бабалян, Т. С. Гурбанова, Д. В. Черепов [та ін.] // Ортопедия, травматология и протезирование.— 2017.— № 2.— С. 130–134.— doi: <http://dx.doi.org/10.15674/0030-598720172130-134>
2. Брунова С. Н. Стационарзамещающие технологии при оказании психиатрической помощи пожилым пациентам / С. Н. Брунова, Е. В. Руженская // Клиническая геронтология.— 2007.— Т. 13, № 11.— С. 47–50.
3. Максимова Н. Е. Психические расстройства у лиц пожилого возраста (клинико-эпидемиологический, социометрический и организационный аспекты): дис. на соискание ученой степени д-ра мед. наук; спец. 14.00.18 «Психиатрия» / Н. Е. Максимова; ФГУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы».— М., 2007.— 458 с.
4. Гладкова Е. Н. Анализ двигательной активности после перелома проксимального отдела бедра в популяции городских жителей Свердловской области / Е. Н. Гладкова, В. Н. Ходырев, О. М. Лесняк // Боль. Суставы. Позвоночник.— 2012.— № 3.— С. 84–85.
5. One-year outcomes for proximal femoral fractures: Posthospital analysis of mortality and care levels based on health insurance data / С. М. Müller-Mai, U. S. Schulze Raestrup, T. Kostuj [et al.] // Unfallchirurg.— 2015.— Vol. 118 (9).— P. 780–794.— doi: 10.1007/s00113-013-2534-7
6. Лечение переломов шейки бедренной кости канюлированными винтами / А. В. Басов, К. С. Казанин, И. П. Ардашев [и др.] // Политравма.— 2012.— № 1.— С. 32–37
7. Konnopka A. The health and economic consequences of osteopenia- and osteoporosis-attributable hip fractures in Germany: estimation for 2002 and projection until 2050 / A. Konnopka, N. Jerusel, H. H. König // Osteoporos. Int.— 2009.— Vol. 20 (7).— P. 1117–1129.— doi: 10.1007/s00198-008-0781-1
8. The management of hip fractures in adults: The National Clinical Guideline Centre.— London: Royal College of Physicians, 2011.— 672 p.
9. Fratiglioni L. Variability of epidemiological measures in mild cognitive impairment and dementia / L. Fratiglioni, B. Caracciolo, K. Palmer // Ann. Ist. Super Sanita.— 2005.— № 41 (1).— P. 81–86.
10. Clinician's manual on mild cognitive impairment / J. Golomb, A. Kluger, P. Garrard, S. Ferris // Clinician's manual on mild cognitive impairment.— London: Science Press Ltd, 2001.— P. 56.
11. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Д. Я. Райгородский.— Самара: Бахрах-М, 2011.— 672 с.

ДИНАМИКА ДЕПРЕССИВНО-ТРЕВОЖНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА

В. А. БАБАЛЯН

Представлены результаты коррекции эмоциональных нарушений у пациентов пожилого и старческого возраста с когнитивными расстройствами при хирургическом лечении переломов проксимального отдела бедра. Рассмотрены вопросы взаимосвязи хирургического лечения переломов и развития когнитивных расстройств и эмоциональных нарушений тревожно-депрессивного спектра у данного контингента больных. Приведена динамика их уровней под влиянием медикаментозной коррекции и при ее отсутствии.

Ключевые слова: пациенты пожилого и старческого возраста, когнитивные расстройства, эмоциональные нарушения тревожно-депрессивного спектра, переломы проксимального отдела бедра.

DYNAMICS OF ANXIETY-DEPRESSION LEVELS IN PRE-SENILE AND SENILE PATIENTS IN THERAPY OF PROXIMAL FEMUR FRACTURES

V. O. BABALIAN

There were reported the results of correction of emotional disorders in pre-senile and senile patients with cognitive disorders in proximal femoral fracture surgery. The questions of the relationship between

the fracture surgery and development of cognitive and emotional disorders of anxiety-depressive spectrum in this group of patients were considered. The dynamics of these levels under the effect of correction with/without drugs, was presented.

Key words: pre-senile and senile patients, cognitive disorders, emotional disturbances of anxious-depressive spectrum, proximal femur fractures.

Надійшла 22.02.2019