

УДК 616.895:613.67:616-05::617.7-001.4

МЕХАНІЗМИ КОРЕКЦІЇ КОГНІТИВНИХ (МЕНТАЛЬНИХ) ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ З ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ СТЕГНА

Бабалян В. О.

Бабалян Володимир Олександрович

Харківська медична академія післядипломної освіти; вул. Амосова, 54, м. Харків, 61176, Україна
e-mail: babalyanvladimir@gmail.com; ORCID 0000-0003-4149-2542

МЕХАНІЗМИ КОРЕКЦІЇ КОГНІТИВНИХ (МЕНТАЛЬНИХ) ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ З ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ СТЕГНА

Анотація.

у статті визначено основні механізми корекції когнітивних (ментальних) порушень у хворих похилого та старечого віку з переломами проксимального відділу стегна (ППВС) і наявними когнітивними розладами (КР) та емоційними порушеннями (ЕП) тривожно-депресивного спектру.

За допомогою модифікованої ішемічної шкали Хачінського (Modified Hachinski Ischemic Scale; Hachinski et al.) вивчено етіологічні характеристики наявних когнітивних порушень (КП) (судинного чи іншого генезу) у лікованих пацієнтів та за допомогою Шкали оцінки стану когнітивних функцій (MMSE) і батареї тестів для оцінки лобної дисфункції (Frontal Assessment Battery – FAB) відзначено ступінь порушення, можливі ділянки ураження головного мозку та динаміку змін КР під дією медикаментозного корегування КП та ЕП.

Згідно з отриманими при дослідженні результатами констатовано, що в результаті проведеної корекції КР та ЕП тривожно-депресивного спектру у хворих з ППВС та проявами КП та ЕП у групі пацієнтів, які отримували медикаментозну корекцію КР та ЕП (КРа) відбулося покращання когнітивних здібностей; зменшення об'єктивних проявів порушень пам'яті чи/або тих чи інших когнітивних функцій, значне покращання повсякденної активності з деяким відновленням існуючих розладів складних видів діяльності та зниження проявів дементивних порушень. При цьому, психологічні зміни, що відбувалися під дією емоційних «стрес-травмуючих» впливів (хірургічне лікування) значно нівелювалися, що характеризувалося зниженням загальної підвищеної вразливості пацієнтів, їх уразливості та дратівливості, значним зменшенням «афективної» концентрації уваги на своїй хворобі та необхідності хірургічного втручання тощо. Серед них відзначалося значне підвищення настрою та загального емоційного фону (у порівнянні з періодом надходження до стаціонару), поява оптимістичної спрямованості, зниження (чи повна відсутність) ознак тривоги, остраху й ажитації.

Серед хворих групи КРб, навпаки, відзначалося погіршення наявних КР та ЕП, підвищення загальної вразливості та дратівливості, «афективної» концентрації уваги на своїй проблемі, у деяких – короточасна психотична втрата ауто- та ало-психічної орієнтації, поява суїцидальних думок та аутоагресивних проявів. Також погіршився загальний емоційний фон, значно погіршився настрій, відзначалася песимістична спрямованість емоційного фону, невдоволеність оточуючими подіями та особами; посилювалися прояви тривоги, остраху та ажитації.

Ключові слова:

когнітивні розлади, емоційні розлади, переломи проксимального відділу стегна, психопатологічні прояви.

МЕХАНИЗМЫ КОРРЕКЦИИ КОГНИТИВНЫХ (МЕНТАЛЬНЫХ) НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА

Аннотация.

в статье определены основные механизмы коррекции когнитивных (ментальных) нарушений у больных пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедра (ППЛБ) и имеющимися когнитивными расстройствами (КР) и эмоциональными нарушениями (ЭН) тревожно-депрессивного спектра.

С помощью модифицированной ишемической шкалы Хачинского (Modified Hachinski Ischemic Scale; Hachinski et al.) изучены этиологические характеристики имеющихся

когнитивных нарушений (КП) (сосудистого или иного генеза) у пролеченных пациентов и с помощью шкалы оценки состояния когнитивных функций (MMSE) и батареи тестов для оценки лобной дисфункции (Frontal Assessment Battery – FAB), отмечено степень нарушения, возможные участки поражения головного мозга и динамику изменений КП под действием медикаментозной коррективы КН и ЭН.

Согласно полученным, при исследовании результатам, констатировано, что в результате проведенной коррекции КП и ЭП тревожно-депрессивного спектра у больных с ППОБ и проявлениями КН и ЭП в группе пациентов, получавших медикаментозную коррекцию КН и ЭН (КРа) происходило улучшение когнитивных способностей; уменьшение объективных проявлений нарушений памяти и/или тех или иных когнитивных функций, значительное улучшение повседневной активности, с некоторым восстановлением существующих расстройств сложных видов деятельности и снижение проявлений дементивных нарушений. При этом, психологические изменения, которые происходили под действием эмоциональных «стресс-травмирующих» воздействий (хирургическое лечение) значительно нивелировались, что характеризовалось снижением общей повышенной уязвимости пациентов, их уязвимости и раздражительности, значительным уменьшением «аффективной» концентрации внимания на своей болезни и необходимости хирургического вмешательства и тому подобное. Среди них отмечалось значительное повышение настроения и общего эмоционального фона (по сравнению с периодом поступления в стационар), появление оптимистичной направленности, снижение (или полное отсутствие) признаков тревоги, страха и агитации.

Среди больных группы РУб, наоборот, отмечалось ухудшение имеющихся КН и ЭН, повышение общей уязвимости и раздражительности, «аффективной» концентрации внимания на своей проблеме, у некоторых – кратковременная психотическая потеря ауто- и ало-психической ориентации, появление суицидальных мыслей и аутоагрессивных проявлений. Также, ухудшался общий эмоциональный фон, настроение, отмечалась пессимистическая направленность эмоционального фона, неудовлетворенность окружающими событиями и личностями; усиливались проявления тревоги, страха и агитации.

Ключевые слова: когнитивные расстройства, эмоциональные расстройства, переломы проксимального отдела бедра, психопатологические проявления.

MECHANISMS OF CORRECTION OF COGNITIVE (MENTAL) DISTURBANCES IN PATIENTS OF PRAYER AND AGE AGE WITH TRANSLATIONS OF THE PROXIMAL DEPARTMENT OF STEEN

Abstract:

The article defines the main mechanisms for correction of cognitive (mental) disorders in elderly and senile patients with fractures of the proximal thigh (FPT) and existing cognitive disorders (CD) and emotional disturbances (ED) of anxiety and depression spectrum.

The aetiological characteristics of existing cognitive impairment (CI) (vascular or other genesis) in treated patients with the help of the Modified Hachinski Ischemic Scale (Hachinski et al.) Were studied using the MMSE and the battery of tests for Frontal Assessment Battery (FAB) assesses the degree of disturbance, possible areas of brain damage, and the dynamics of changes in CI through the effect of medicated correction of CI and ED.

According to the results obtained in the study, it was ascertained that as a result of the correction of CD and ED of anxiety-depressive spectrum in patients with FPT and manifestations of CD and ED in the group of patients who received medication correction of CI and ED (CDa) improved cognitive abilities; reduction of objective manifestations of memory impairment and/or certain cognitive functions, significant improvement of daily activity with some restoration of existing disorders of complex activities and reduction of manifestations of dementia violations. At the same time, the psychological changes that occurred under the influence of emotional «stress-traumatic» influences (surgical treatment) were significantly leveled, which was characterized by a decrease in the overall increased vulnerability of patients, their vulnerability and irritability, a significant decrease in the «affective» concentration of attention on their illness and the need for surgical interference, etc. Among them there was a significant increase in the mood and overall emotional background (compared with the period of admission to the hospital), the emergence of optimistic orientation, decrease (or complete absence) of signs of anxiety and fear and agitation.

On the other hand, among the patients in the CDb, there was a deterioration of the existing CD and ED, increased general vulnerability and irritability, «affective» concentration of attention on their problem, in some – short-term psychotic loss of the auto-and alo-mental

orientation, the appearance of suicidal thoughts and auto-aggressive manifestations. Also, the overall emotional background deteriorated, the mood was much worse, pessimistic orientation of the emotional background, dissatisfaction with surrounding events and individuals were observed; increased manifestations of anxiety and fear and agitation.

Key words:

cognitive disorders, emotional disorders, fractures of the proximal thigh, psychopathological manifestations.

Як відзначають світові науковці, під впливом значних стресогенних чинників відзначається значне посилення проявів КР. Одним з таких стресових факторів є необхідність хірургічного лікування та тривалого пост-хірургічного реабілітаційного відновлення. Цілою низкою світових досліджень було встановлено, що унаслідок хірургічного лікування ППВС виявляється висока летальність та значні соціальні проблеми, що значно обмежують повсякденне, активне, повноцінне життя таких хворих та значно знижують їх якість життя. Так, в результаті хірургічного лікування ППВС, летальність в перші 6–12 міс. знаходиться на рівні 12–24% [1]; за перший рік – 21,5–40,0% [2]. Відзначається, також, пряма залежність рівнів летальності при лікуванні ППВС та вікових характеристик пацієнтів [3]. Окрім цього, навіть після повного одужання приблизно половина лікованих хворих відзначаються значними фізичними обмеженнями – 78,0% з них протягом першого року, та 65,0% протягом двох років мають необхідність в сторонній допомозі; 20,0%–50,0% пацієнтів у результаті лікування ППВС набувають інвалідності [4, 5].

З огляду на необхідність дотримання довготривалого ліжкового періоду при проведенні лікування ППВС у цих хворих, значний реабілітаційний післяопераційний період, старечий і похилий вік оперованих хворих, високий відсоток наявних у цих пацієнтів КР та ЕР проблематика ППВС виступає у ролі однієї зі значно небезпечних для життя хворих травм [6]. Унаслідок стресового впливу у пацієнтів хірургічного профілю відбуваються різноманітні психологічні зміни, що відзначаються появою підвищеної вразливості та дратівливості, наявністю «афективної» концентрації уваги на своїй проблемі, у деяких випадках – ауто- чи ало-психічною дезорієнтацією, появою суїцидальних думок та проявами агресивної поведінки до навколишніх чи аутоагресивними діями. При цьому, дані порушення супроводжуються значним зниженням настрою, проявами тривоги, остраху та агітації.

Вищезазначені психопатологічні зміни, в особливості характерні для пацієнтів похи-

лого та старечого віку з ППВС, що і визначає необхідність більш поглибленого дослідження питання медикаментозного корегування психологічних порушень, що розвиваються під впливом хірургічного лікування ППВС. Наявні у пацієнтів КР або ЕР при хірургічному лікуванні, особливо в осіб похилого та старечого віку, потребують спеціальної медикаментозної корекції, як КП, так і ЕР при проведенні доопераційної підготовки та в ранньому післяопераційному періоді [7].

Враховуючи вищевказане, нами було досліджено 24 пацієнти, які потребували хірургічного лікування ППВС та мали ті чи інші прояви КР та/або ЕР тривожно-депресивного характеру. Наявність КР та/або тривожно-депресивних порушень вивчалися нами на момент надходження в ХМКМЛ № 17, напередодні проведення хірургічного втручання та в післяопераційному періоді за допомогою цілої низки шкал та психодіагностичних методів.

Так, на момент надходження, нами за допомогою Шкали оцінки стану КФ (MMSE) проводилося виявлення (скринінг) наявних можливих КР та ступінь порушення. Потім, серед пацієнтів з КР, за допомогою модифікованої ішемічної шкали Хачінського (Modified Hachinski Ischemic Scale; Hachinski et al.) вивчалися етіологічні характеристики наявних КП (судинного чи іншого генезу) та за допомогою батареї тестів для оцінки лобної дисфункції (Frontal Assessment Battery – FAB) відзначалися також ступінь порушення та можливі ділянки ураження головного мозку.

Нами, задля профілактики розвитку яскравої психопатологічної симптоматики у пацієнтів з КП на тлі хірургічного лікування ППВС, було застосовано медикаментозне корегування КР.

Для встановлення ефективності фармакологічної корекції КП та ЕР при лікуванні ППВС, серед лікованих пацієнтів (n = 24) за принципом сліпого конверта, було виокремлено дві підгрупи: перша підгрупа – з коригуванням КР та ЕР при лікуванні ППВС (КР_а) та друга підгрупа – без коригування КП та ЕР (КР_б), по 12 осіб кожна (табл. 1).

Таблиця 1

Розподіл хворих з переломами проксимального відділу стегна та проявами когнітивних порушень за механізмами терапевтичного втручання (абс, %)

№ з/п	Підгрупи пацієнтів	Чоловіки	Жінки	В цілому
1	КРа	4 (16,67%)	8 (33,33)	12 (50,00%)
2	КРб	5 (20,83%)	7 (29,17%)	12 (50,00%)
3	Усього:	9 (37,50%)	15 (62,50%)	24 (100,0%)

Так, в першу підгрупу (КРа; n = 12) увійшло 4 чоловіки (16,67%) та 8 жінок (33,33%); другу підгрупу (КРб; n = 12) сформували 5 осіб чоловічої статі (20,83%) та 7 (29,17%) – жіночої.

На початку нашого дослідження за допомогою модифікованої ішемічної шкали Хачінського (Modified Hachinski Ischemic Scale; Hachinski et al.) ми вивчили етіологічні моменти наявних у пацієнтів КП (судинні чи інші) – табл. 2.

Отримані в результаті дані, використовувалися нами для встановлення необхідного рівня проведення допоміжних методів дослідження та для призначення відповідних адекватних медикаментозних засобів.

Так, було встановлено, що більшість лікованих пацієнтів з ППВС та КР й ЕП мала судинну етіологію розвитку КП (7–18 балів за модифікованою ішемічною шкалою Хачінського) – 19 хворих (79,17%). Серед них, більша частина були особи жіночої статі (12 – 50,00%) у порівнянні з чоловіками (7 – 29,17%). В підгрупах досліджених пацієнтів з судинною етіологією розвитку КР було майже однаково (КРа – 10 осіб (41,67%) та КРб – 9 (37,50%)). Серед хворих з судинною етіологією КП, в обох досліджуваних групах, переважали жінки (КРа – 7 жінок (29,17%) та КРб – 5 (20,83%)), порівняно з хворими чоловічої статі (КРа – 3 (12,50%) та КРб – 4 (16,67%)).

Таблиця 2

Результати модифікованої ішемічної шкали Хачінського хворих з переломами проксимального відділу стегна та проявами когнітивних та емоційних порушень (абс, %)

№ з/п	Підгрупи пацієнтів	0-3 бали			4-7 балів			7-18 балів			В цілому		
		чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього
1	КРа	1 (4,17%)	-	1 (4,17%)	-	1 (4,17%)	1 (4,17%)	3 (12,50%)	7 (29,17%)	10 (41,67%)	4 (16,67%)	8 (33,33%)	12 (50,00%)
2	КРб	1 (4,17%)	1 (4,17%)	2 (8,33%)	-	1 (4,17%)	1 (4,17%)	4 (16,67%)	5 (20,83%)	9 (37,50%)	5 (20,83%)	7 (29,17%)	12 (50,00%)
3	Усього:	2 (8,33%)	1 (4,17%)	3 (12,50%)	-	2 (8,33%)	2 (8,33%)	7 (29,17%)	12 (50,00%)	19 (79,17%)	9 (37,50%)	15 (62,50%)	24 (100,0%)

Слід відзначити, що пацієнтів, які ймовірно не мали судинної етіології розвитку КП або мали КР унаслідок атрофічних процесів, нараховувалася незначна кількість (відповідно 2 (8,33%) та 3 (12,50%) особи).

З огляду на підтвердження переваги судинної причини розвитку КП у обстежених, подальше терапевтичне корегування КР та ЕП відбувалося з використанням відповідних фармакологічних груп препаратів.

На сучасному етапі терапевтичної корекції КП використовують препарати, що надають вплив на церебральні нейротрансмітерні системи. Вибір препаратів залежить від глибини та вираженості КР. При тяжких порушеннях (дементивного характеру) рекомендують препарати, що надають вплив на ацетилхолінергічну та глутаматергічну системи. Легкі та помірні КР корегуються дофамінергічними та норадренергічними препаратами [8].

Одночасно з проведенням відповідної корекції гомеостазу та гемодинамікою у хворих при лікуванні ППВС, призначався курс внутрішньовенного 10-добового крапельного введення Цераксону по 1000 мг/добу, Ак-

товегіну 1000 мг/добу та Мілдронату 500 мг/добу, з подальшим переходом на пероральне приймання препаратів протягом 1-го місяця з тим же добовим дозуванням. Порівняння результатів нейропсихологічних досліджень пацієнтів до та після лікування протягом 1-го місяця, констатувало вірогідне покращання за усіма шкальними показниками MMSE та FAB. Слід відзначити, що найкращі результати були отримані в групах з легкими та помірними КП.

Так, за результатами Шкали оцінки стану когнітивних функцій (MMSE), хворі з ППВС та КП й ЕП мали прояви дементивних порушень різного ступеня тяжкості (табл. 3). Відзначено, що переважна більшість обстежених мала легкі дементивні прояви (11 хворих; 45,83%) порівняно з пацієнтами з помірною (7 хворих; 29,17%) та тяжкою (6 осіб; 25,00%) деменцією. У всіх групах обстежених переважали особи жіночої статі порівняно з чоловіками (відповідно: 7 (29,17%) та 4 (16,67%) хворих – легка деменція; 4 (16,67%) і 3 (12,50%) пацієнти – помірна деменція та 4 (16,67%) й 2 (8,33%) – тяжка деменція).

Таблиця 3

Результати Шкали оцінки стану когнітивних функцій (MMSE) у хворих з переломами проксимального відділу стегна та проявами когнітивних та емоційних порушень при надходженні до клініки (абс, %)

№ з/п	Підгрупи пацієнтів	КП відсутні			Переддементивні КП			Легка деменція			Помірна деменція			Тяжка деменція			В цілому		
		чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього
1	КРa	-	-	-	-	-	-	2 (8,33%)	3 (12,50%)	5 (20,83%)	2 (8,33%)	2 (8,33%)	4 (16,67%)	-	3 (12,50%)	3 (12,50%)	4 (16,67%)	8 (33,33%)	12 (50,00%)
2	КРб	-	-	-	-	-	-	2 (8,33%)	4 (16,67%)	6 (25,00%)	1 (4,17%)	2 (8,33%)	3 (12,50%)	2 (8,33%)	1 (4,17%)	3 (12,50%)	5 (20,83%)	7 (29,17%)	12 (50,00%)
3	Усього:	-	-	-	-	-	-	4 (16,67%)	7 (29,17%)	11 (45,83%)	3 (12,50%)	4 (16,67%)	7 (29,17%)	2 (8,33%)	4 (16,67%)	6 (25,00%)	9 (37,50%)	15 (62,50%)	24 (100,0%)

Пацієнти першої та другої підгруп (КРа та КРб) з легкою, помірною та тяжкою деменцією розподілилися майже порівну. Так, хворих з легкими дементивними проявами нараховувалося 5 осіб (20,83%) в підгрупі КРа (2 чоловіки; 8,33% та 3; 12,50% жінки), а в другій підгрупі (КРб) – 6 хворих (2 чоловіки; 8,33% та 4 жінки; 16,67%). Пацієнтів, які мали ознаки помірної деменції в підгрупах КРа та КРб було відповідно 4 (16,67%) й 3 (12,50%) особи (група КРа по 2 чоловіка та жінки – 8,33% та група КРб 1 чоловік (4,17%) і 2 жінки (8,33%)). Хворих підгруп КРа та КРб, які мали тяжкі дементивні прояви відповідно нараховувалося по 3 особи (12,50%): в першій підгрупі усі жінки (3; 12,50%), в другій – 2 чоловіки (8,33%) та 1 жінка (4,17%).

Згідно з отриманими даними батареї тестів для оцінки лобної дисфункції (FAB), усі хворі з ППВС та різноманітними КР й ЕП відзначалися наявністю легких дементивних порушень (від 12 до 16 балів) та деменцією лобного типу (менш ніж 11 балів) (табл. 4).

Так, більшість лікованих хворих з ППВС та проявами КР й ЕП мали деменцію лобного типу (13 пацієнтів – 54,17%), серед яких більша частина хворих була жіночої статі (8 – 33,33%) порівняно з чоловіками (5 – 20,83%). Хворих з наявними легкими дементивними порушеннями нараховувалося 11 осіб (45,83%) – 7 жінок (29,17%) та 4 чоловіки (16,67%). При цьому, слід відзначити, що хворих у групах КРа та КРб, які мали прояви легких дементивних порушень та деменції лобного типу було майже однаково. Так, пацієнтів з легкими дементивними порушеннями у першій групі (КРа) було 5 осіб – 20,83% (2 чоловіки – 8,33% та 3 жінки – 12,50%), а у другій (КРб) – 6 хворих (25,00%) – 2 чоловіки – 8,33% та 4 жінки – 16,67%. А лікованих з деменцією лобного типу відзначалося у групі КРа 7 – 29,17% (2 чоловіки – 8,33% та 5 жінок – 20,83%), а у групі КРб – 6 (25,00%) – по 3 чоловіки та жінки (по 12,50%).

Унаслідок проведеного хірургічного лікування та корекції КР й ЕП тривожно-депресивного спектру у хворих з ППВС та проявами КР й ЕП у групі пацієнтів, які отримували медикаментозну корекцію КР й ЕП (КРа), відбувалося покращання когнітивних здібностей; зменшення об'єктивних проявів порушень пам'яті чи/або тих чи інших

Таблиця 4

Результати батареї тестів для оцінки лобної дисфункції (FAB) у хворих з переломами проксимального відділу стегна та проявами когнітивних та емоційних порушень при надходженні до клініки (абс, %)

№ з/п	Підгрупи пацієнтів	17-18 балів			12-16 балів			≤ 11 балів			В цілому		
		чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього
1	КРа	-	-	-	2 (8,33%)	3 (12,50%)	5 (20,83%)	2 (8,33%)	5 (20,83%)	7 (29,17%)	4 (16,67%)	8 (33,33%)	12 (50,00%)
2	КРб	-	-	-	2 (8,33%)	4 (16,67%)	6 (25,00%)	3 (12,50%)	3 (12,50%)	6 (25,00%)	5 (20,83%)	7 (29,17%)	12 (50,00%)
3	Усього:	-	-	-	4 (16,67%)	7 (29,17%)	11 (45,83%)	5 (20,83%)	8 (33,33%)	13 (54,17%)	9 (37,50%)	15 (62,50%)	24 (100,0%)

КФ, що цілковито підтверджено проведеним нейропсихологічним тестуванням на момент надходження до клініки та при проведенні хірургічного лікування. В даній групі пацієнтів (КРа) порівняно з хворими, які не отримували корекції КР й ЕР тривожно-депресивного характеру (КРб), відбувалося значне покращання повсякденної активності з деяким відновленням існуючих розладів складних видів діяльності та зниження проявів дементивних порушень.

При цьому, психологічні зміни, що відбуваються під дією емоційних «стрес-травмуючих» впливів необхідності хірургічного лікування та переживання за можливість свого подальшого активного життя, серед пацієнтів першої групи (КРа), значно нівелювалися під дією проведеного лікувального втручання, що характеризувалося зниженням загальної підвищеної вразливості пацієнтів, їх уразливості та дратівливості, значним зменшенням «афективної» концентрації уваги на своїй хворобі та необхідності хірургічного втручання, відсутності втрати ауто- та ало-психічної орієнтації. Серед цих хворих спостерігалося значне підвищення настрою та загального емоційного фону (у порівнянні з періодом надходження до стаціонару), поява оптимістичної спрямованості, зниження (а серед деяких хворих повна відсутність) ознак тривоги, страху й ажитації. Серед цієї групи пацієнтів були повністю відсутні думки щодо аутоагресивної чи суїцидальної спрямованості.

Серед хворих другої групи (КРб), які не отримували медикаментозного корегування КР та ЕР тривожно-депресивного спектру, навпаки, відзначалося погіршення наявних КР та ЕР тривожно-депресивного спектру. При цьому відзна-

чалось посилення психологічних змін у пацієнтів без медикаментозного корегування порушень. Підвищувалася їх загальна вразливість та дратівливість, «афективна» концентрація уваги на травмі та необхідності тривалого хірургічного лікування, у деяких пацієнтів відзначалася короткочасна психотична втрата ауто- та ало-психічної орієнтації. Погіршувався загальний емоційний фон, відбувалося значне погіршення настрою та поява значного песимістичного емоційного фону, констатувалася невдоволеність оточуючими подіями та особами; посилювалися прояви тривоги, страху та ажитації. Деякі пацієнти характеризувалися появою суїцидальних думок та аутоагресивних проявів.

Результати корекції КП та ЕП тривожно-депресивного спектру лікованих пацієнтів з ППВС та КП і ЕП надано в табл. 5, 6. Так, за результатами Шкали оцінки стану когнітивних функцій (MMSE) у хворих похилого та старечого віку з ППВС та КП й ЕП тривожно-депресивного спектру при проведенні хірургічного лікування та медикаментозного корегування КП та ЕП (група КРа), значно покращилися когнітивні здібності, відбулося зменшення об'єктивних проявів розладів пам'яті та інших КФ порівняно з групою пацієнтів, які не отримували медикаментозної корекції КП й ЕП (табл. 5). Так, під дією корегування КР відбувся деякий перерозподіл пацієнтів у групі КРа, за ступенями тяжкості дементивних порушень. Унаслідок медикаментозного корегування КР та ЕП одного пацієнта чоловічої статі, який мав прояви помірної деменції було віднесено до групи з легкими дементивними порушеннями (4,17%). У групі КРб не відбулося жодних змін у зв'язку з відсутністю медикаментозного корегування КП та ЕП (табл. 5).

Таблиця 5

Результати Шкали оцінки стану когнітивних функцій (MMSE) у хворих з переломами проксимального відділу стегна та проявами когнітивних та емоційних порушень на етапі хірургічного лікування (абс, %)

№ з/п	Підгрупи пацієнтів	КП відсутні			Переддементивні КП			Легка деменція			Помірна деменція			Тяжка деменція			В цілому		
		чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього
1	КРа	-	-	-	-	-	-	3 (12,50%)	3 (12,50%)	6 (25,00%)	1 (4,17%)	2 (8,33%)	3 (12,50%)	-	3 (12,50%)	3 (12,50%)	4 (16,67%)	8 (33,33%)	12 (50,00%)
2	КРб	-	-	-	-	-	-	2 (8,33%)	4 (16,67%)	6 (25,00%)	1 (4,17%)	2 (8,33%)	3 (12,50%)	2 (8,33%)	1 (4,17%)	3 (12,50%)	5 (20,83%)	7 (29,17%)	12 (50,00%)
3	Усього:	-	-	-	-	-	-	5 (20,83%)	7 (29,17%)	12 (50,00%)	2 (8,33%)	4 (16,67%)	6 (25,00%)	2 (8,33%)	4 (16,67%)	6 (25,00%)	9 (37,50%)	15 (62,50%)	24 (100,00%)

Що стосується результатів корегування КР та ЕП, у лікованих нами пацієнтів з ППВС та КП й ЕП тривожно-депресивного спектру, за даними батареї тестів для оцінки лобної дисфункції (FAB), то дослідженням також констатовано значне покращання результатів у першій групі хворих (КРа) унаслідок медикаментозного корегування КП та ЕР (табл. 6). Так, також відбувся перерозподіл пацієнтів після проведеного медикаментозного корегування:

з групи осіб із лобною деменцією у групу хворих з легкими дементивними порушеннями (2 особи (8,34%) – 1 чоловік (4,17%) та 1 жінка (4,17%)). При цьому, у групі пацієнтів, що не отримували терапевтичного корегування КР та ЕП (група КРб) до або відразу після проведення хірургічного лікування відзначалося погіршення картини КП та ЕП тривожно-депресивного спектру аж до появи психопатологічних проявів (табл. 7).

Таблиця 6

Результати батареї тестів для оцінки лобної дисфункції (FAB) у хворих з переломами проксимального відділу стегна та проявами когнітивних та емоційних порушень на етапі хірургічного лікування (абс, %)

№ з/п	Підгрупи пацієнтів	17-18 балів			12-16 балів			≤ 11 балів			В цілому		
		чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього	чоловіки	жінки	усього
1	КРа	-	-	-	3 (12,50%)	4 (16,67%)	7 (29,17%)	1 (4,17%)	4 (16,67%)	5 (20,83%)	4 (16,67%)	8 (33,33%)	12 (50,00%)
2	КРб	-	-	-	2 (8,33%)	4 (16,67%)	6 (25,00%)	3 (12,50%)	3 (12,50%)	6 (25,00%)	5 (20,83%)	7 (29,17%)	12 (50,00%)
3	Усього:	-	-	-	5 (20,83%)	8 (33,33%)	13 (54,17%)	4 (16,67%)	7 (29,17%)	11 (45,83%)	9 (37,50%)	15 (62,50%)	24 (100,0%)

Таблиця 7

Виникнення психопатологічних зрушень у хворих з переломами проксимального відділу стегна та проявами когнітивних та емоційних порушень на фоні хірургічного лікування (абс, %)

№ з/п	Підгрупи пацієнтів	Психопатологічна симптоматика						
		відсутня		наявна		у цілому		
		абс	%	абс	%	абс	%	
1	КРа	чоловіки	4	16,67	-	-	4	16,67
2		жінки	8	33,33	-	-	8	33,33
3		усього:	12	50,00	-	-	12	50,00
4	КРб	чоловіки	2	8,33	3	12,50	5	20,83
5		жінки	2	8,33	5	20,83	7	29,17
6		усього:	4	16,67	8	33,33	12	50,00
7	у цілому:		16	66,67	8	33,33	24	100,00

Враховуючи довготривалий ліжковий режим та необхідність тривалого знерухомилення пацієнтів під час їх лікування, необхідність значного реабілітаційного післяопераційного періоду, похилий та старечий вік пацієнтів, високу розповсюдженість наявних КР, необхідність довготривалого обмеження повсякденного, активного, повноцінного життя та значне обмеження їх якості життя, у пацієнтів похилого та старечого віку з ППВС та КР й ЕП виникають значні психоемоційні перенапруження, що досить часто призводять до розвитку різноманітної психопатологічної симптоматики. Так, дослідженням констатовано, що на фоні проведення хірургічного лікування ППВС у хворих похилого та старечого віку з КР та ЕП без медикаментозного корегування (група КР6) КР й ЕП, у більшості випадків проявлялася психопатологічна симптоматика, у вигляді постійної «афективної» концентрації уваги на своїй травмі та необхідності довготривалого хірургічного лікування й проведенні тривалих післяхірургічних реабілітаційних заходів; деякі хворі реагували на лікування короткочасною психотичною ауто- та ало-психічною дезорієнтацією, виникненням суїцидальних думок та аутоагресивних проявів. Окрім цього, у цих пацієнтів підвищувалася загальна вразливість

та дратівливість, відзначалося погіршення загального емоційного фону з песимістичним спрямуванням, значне зниження настрою, невдоволеність оточуючими подіями та особами; відзначалося посилення проявів тривоги, страху та ажитації. Таких пацієнтів, в яких констатували виникнення психопатологічної симптоматики на фоні проведення лікування нараховувалося у групі КР6 8 осіб (33,33%) – 3 чоловіки (12,50%) та 5 жінок (20,83%), тоді, як у першій групі (КРa) під впливом медикаментозної корекції КР та ЕП, на фоні проведення хірургічного лікування в жодного з лікованих хворих не констатували виникнення психопатологічної симптоматики.

Серед основних психопатологічних порушень у групі КР6 відзначається (табл. 8): «афективна» концентрація уваги на своїй проблемі (необхідність довготривалого хірургічного лікування і значного післяхірургічного відновлювального реабілітаційного періоду) – 8 осіб (33,33%): 3 чоловіки (12,50%) та 5 жінок (20,83%); ауто- та ало-психічна дезорієнтація (4 пацієнти (16,67%) – по 2 чоловіки та жінки (по 8,33%)); суїцидальні думки та аутоагресивні прояви й агресивна поведінка (по 3 особи (12,50%) – по 1 чоловіку (4,17%) та по 2 жінки (8,33%)).

Таблиця 8

Основні психопатологічні прояви у хворих з переломами проксимального відділу стегна та проявами когнітивних та емоційних порушень на фоні хірургічного лікування (абс, %

)

№ з/п	Підгрупи пацієнтів	Основні психопатологічні прояви													
		«афективна» концентрація уваги		ауто- та ало-психічна дезорієнтація		суїцидальні думки		аутоагресивні прояви		агресивна поведінка		у цілому (контингент обстежених)			
		абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%		
1	КРa	чоловіки	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	16,67	
2		жінки	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	33,33	
3		усього:	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	50,00
4	КР6	чоловіки	3	12,50	2	8,33	1	4,17	3	12,50	3	12,50	5	20,83	
5		жінки	5	20,83	2	8,33	2	8,33	5	20,83	5	20,83	7	29,17	
6		усього:	8	33,33	4	16,67	3	12,50	8	33,33	8	33,33	12	50,00	
7	у цілому:		8	33,33	4	16,67	3	12,50	8	33,33	8	33,33	24	100,0	

Таким чином, констатовано, що унаслідок проведеної корекції КР та ЕП тривожно-депресивного спектру у хворих з ППВС та проявами КП та ЕП у групі пацієнтів, які отримували медикаментозну корекцію КР та ЕП (КРа) відбулося покращання когнітивних здібностей; зменшення об'єктивних проявів порушень пам'яті чи/або тих чи інших когнітивних функцій, значне покращання повсякденної активності з деяким відновленням існуючих розладів складних видів діяльності та зниження проявів дементивних порушень. При цьому, психологічні зміни, що відбувалися під дією емоційних «стрес-травмуючих» впливів (хірургічне лікування) значно нівелювалися, що характеризувалося зниженням загальної підвищеної вразливості пацієнтів, їх уразливості та дратівливості, значним зменшенням «афективної» концентрації уваги на своїй хворобі та необхідності

хірургічного втручання тощо. Серед них відзначалося значне підвищення настрою та загального емоційного фону (у порівнянні з періодом надходження до стаціонару), поява оптимістичної спрямованості, зниження (чи повна відсутність) ознак тривоги, страху й ажитації.

Серед хворих групи КРб, навпаки, відзначалося погіршення наявних КР та ЕП, підвищення загальної вразливості та дратівливості, «афективної» концентрації уваги на своїй проблемі, у деяких – короткочасна психотична втрата ауто- та ало-психічної орієнтації, поява суїцидальних думок та аутоагресивних проявів. Також, погіршився загальний емоційний фон, значно погіршився настрій, відзначалася песимістична спрямованість емоційного фону, невдоволеність оточуючими подіями та особами; посилювалися прояви тривоги, страху та ажитації.

Список використаної літератури

1. 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.

2. One-year outcomes for proximal femoral fractures: Posthospital analysis of mortality and care levels based on health insurance data / C. M. 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.

3. Лечение переломов шейки бедренной кости канюлированными винтами / А. В. Басов, К. С. Казанин, И. П. Ардашев [и др.] // Политравма. — 2012. — № 1. — С. 32–37

4. 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.

5. The management of hip fractures in adults: The National Clinical Guideline Centre. — London : Royal College of Physicians, 2011. — 672 p.

6. 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>.

7. 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.

8. Левин О. С. Умеренное когнитивное расстройство: диагностика и лечение / О. С. Левин // Эффективная фармакотерапия. Неврология и психиатрия. — 2012. — № 5. С. 14–20.

Бабалян Владимир Александрович - Харьковская медицинская академия последипломного образования, ул. Амосова, 54, г. Education, Amosova st., 54, Kharkiv, 61176, Ukraine
Харьков, 61176, Украина

e-mail: babalyanvladimir@gmail.com; ORCID 0000-0003-4149-2542