

## КОГНІТИВНІ РОЗЛАДИ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ З ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ СТЕГНА

*Харківська медична академія післядипломної освіти*

**Визначено основні питання лікування пацієнтів похилого та старечого віку з переломами проксимального відділу стегна і наявними когнітивними розладами. Висвітлено можливі психологічні зміни при хірургічному лікуванні таких осіб. Встановлено віко-статеві характеристики обстежених хворих із наявними когнітивними та емоційними порушеннями, діагностовано основні види психоневрологічних розладів.**

*Ключові слова: когнітивні розлади, когнітивні порушення, когнітивні функції, емоційні розлади тривожно-депресивного спектра, переломи проксимального відділу стегна.*

Проблематика посилення проявів когнітивних розладів (КР) під впливом проведення хірургічного лікування у хворих похилого та старечого віку з переломами проксимального відділу стегна (ППВС) зумовлює поглиблений розгляд цього питання. Враховуючи довготривалий ліжковий режим під час лікування цих хворих, необхідність значного реабілітаційного післяопераційного періоду, похилий та старечий вік пацієнтів, велику розповсюдженість наявних когнітивних зрушень, проблема ППВС постає як одна з небезпечних для життя травм. Багатьма дослідниками визначено, що при лікуванні ППВС спостерігаються значна летальність та серйозні медико-соціальні наслідки, які обмежують повсякденне активне повноцінне життя таких хворих та значно знижують його якість. Ситуацію поглиблює виникнення так званого замкнутого кола: вікові характеристики та наявність супровідних сомато-психоневрологічних захворювань і розладів призводять до виникнення переломів, що, у свою чергу, тягне за собою довготривале знерухомлення пацієнта, значні психоемоційні перенапруження, а це спричиняє загострення та поглиблення існуючих розладів та захворювань [1].

ППВС, за даними світових досліджень, є прогностично дуже несприятливими: летальність за перші 6–12 міс сягає 12–24% [2]; протягом першого року — 21,5–40,0% [3]. Результати досліджень також свідчать про пряму залежність смертності від віку хворих [4]. Навіть після лікування та одужання близько 50,0% пацієнтів мають значні фізичні обмеження; 78,0% (через рік) та 65,0% (через два роки) осіб потребують сторонньої допомоги; від 20,0 до 50,0% хворих у результаті стають інвалідами [5, 6].

Слід зазначити, що, за свідченнями світових учених, заходи, спрямовані на подовження

тривалості активного життя, зазвичай малоефективні, тобто КР все частіше стають актуальною проблемою для сучасної охорони здоров'я [7].

Порушення психічного здоров'я різноманітного генезу особливо характерні для осіб старшого віку, оскільки в цій віковій категорії значно збільшуються прояви психоневрологічного характеру.

Багато науковців відносять осіб похилого та старечого віку до групи ризику щодо виникнення різноманітних психічних порушень. Ці тенденції мають тісний зв'язок із фізіологічними процесами, що характерні для організму людей похилого віку, та психосоціальними факторами [8, 9].

Одним з основних проявів порушень когнітивних функцій (КФ) (пам'ять, мова, гнозис, координація, увага, праксис, мислення, орієнтація у просторі та інші вищі психічні функції), що характерні для осіб похилого віку, є зниження пам'яті та уваги (до 70% осіб похилого та старечого віку відзначають значне зниження пам'яті). При цьому спочатку вони не звертають відповідної уваги на ці прояви, що в більшості випадків спричиняє поглиблення дефекту і в кінцевому результаті формує грубий психічний розлад, який повністю тягне за собою значну або повну соціальну дезадаптацію у суспільстві. Як відзначають багато науковців, це є першими проявами так званих когнітивних порушень (КП) (зниження КФ порівняно з вихідним рівнем (індивідуальною нормою)), основними причинами виникнення яких вважають судинні та дегенеративні зрушення, майже стовідсотково характерні для осіб літнього та старечого віку.

Згідно з класифікацією М. М. Яхно, виокремлюють КР легкого, помірного та тяжкого ступенів, також виділяють фізіологічні та патологічні КП.

Легкі КР проявляються зниженням КФ, які зумовлені віковими чи патологічними змінами

в головному мозку та не мають значущого впливу на побутову та соціо професійну діяльність хворого. Діагностично легкі КП проявляються зниженням пам'яті чи розумової діяльності, яке відзначає сам пацієнт або виявляє нейропсихологічне дослідження; відсутністю порушень при використанні скринінгових шкал деменції (Mini Mental State Examination, MMSE,— не менше 28 балів); відсутністю будь-яких розладів повсякденної діяльності та помірних КР. Ці зрушення є результатом природних вікових інволютивних процесів або свідчать про ранні прояви будь-яких церебральних захворювань.

Помірними КР є функціональні зниження однієї або кількох когнітивних сфер через органічне захворювання головного мозку. Цей рівень не спричиняє втрати самостійності повсякденного життя, але виявляється труднощами у складних видах діяльності [10]. Вони діагностуються за допомогою модифікованих діагностичних критеріїв R. Petersen та J. Touchon [10]: наявність КП згідно зі словами самого пацієнта та/або його оточення або підтвердження пацієнтом та/або його оточенням зниження когнітивних здібностей; об'єктивні прояви порушень пам'яті та/або інших КФ, підтвержені нейропсихологічним тестуванням та відсутність значних порушень повсякденної активності з можливими розладами складних видів діяльності; відсутність дементивних проявів.

Тяжкі КП обмежують звичайну повсякденну діяльність хворих (найпоширеніші з них — дементивні прояви (набуті стійкі порушення КФ органічного генезу, що характеризуються розладами двох і більше КФ, при непорушеній свідомості та на рівні «сон — бадьорість») і призводять до значних порушень побутової та/або соціально-професійної дезадаптації. Такі пацієнти завжди втрачають можливість самостійного існування та потребують сторонньої допомоги. На жаль, серед загальної популяції осіб віком 65 років частота деменції становить 3,0–7,7%, а 85 років і старше — вже 20,0–45,0% [10].

При цьому, як стверджують значні світові дослідження, значна частка проявів КР осіб літнього та старечого віку проявляється поєднано з емоційними порушеннями (ЕП) тривожно-депресивного спектра. Слід зазначити, що в значній кількості випадків взаємозв'язок КР та ЕП має причинно-наслідковий чи паралельний характер (як КР можуть бути «пусковим» фактором ЕП, так і навпаки). Досить часто трапляються випадки провокування іншими «зовнішніми факторами» значного раптового психоемоційного стресового перенавантаження, які в осіб із проявами КП викликають яскраву картину «маскованих» ЕП тривожно-депресивного характеру. Цими «стрес-ударами»

можуть бути раптові втрати близьких, різка зміна звичного середовища, поява важкого соматичного захворювання, отримання фізичної травми, необхідність проведення тривалого лікування чи оперативного втручання тощо. Такі ситуації можуть спричинити значні психоемоційні переживання та різкі тривожно-депресивні «сплески». Ці прояви в більшості випадків характерні при виникненні раптової необхідності хірургічного лікування осіб старечого та похилого віку.

Психологічні зміни при хірургічному лікуванні характеризуються проявами підвищеної вразливості, дратівливості, «афективної» концентрації уваги на певних уявленнях, частій втраті ауто- чи алопсихічної орієнтації. Відбувається значна зміна настрою (його зниження), виникають песимізм, невдоволення оточуючими; проявляються ознаки тривоги й страху, ажитації. Події, що відбуваються, набувають «похмурих» рис, у більшості випадків виникають суїцидальні думки та спроби аутоагресивних проявів.

У будь-якому випадку наявність КР або емоційних порушень при хірургічному втручанні вимагає спеціальної фармакологічної корекції як КП, так і ЕП на доопераційному та ранньому післяопераційному етапах [10].

Нами було обстежено 24 пацієнти, які потребували хірургічного лікування ППВС та мали певні прояви КР та/або ЕП тривожно-депресивного характеру. Наявність останніх вивчалися нами на момент надходження в Харківській міській клінічній лікарні № 17, напередодні проведення хірургічного втручання та через місяць після нього за допомогою цілої низки шкал та психодіагностичних методів.

Так, на момент надходження пацієнтів за допомогою Шкали оцінки стану КФ (MMSE) нами проводилося виявлення (скринінг) наявних можливих КР та ступеня порушень. Потім серед пацієнтів із 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) визначалися ступінь порушення та можливі ділянки ураження головного мозку.

На основі отриманих даних нами було виокремлено дві групи пацієнтів (перша група — ті, що мали лише КР (група КР), та друга — пацієнти, що фіксували наявність комбінованих порушень: КР та емоційних розладів (ЕР) тривожно-депресивного спектра (група КР + ЕР). У першу групу увійшли 24 хворих на ППВС та КР різноманітного характеру, а в другу — 21 особа з ППВС і наявними КР та ЕП.

Розподіл обстежених пацієнтів із ППВС і КР та/або ЕП за віко-статевими характеристиками наведено в табл. 1 та 2.

Таблиця 1

**Розподіл обстежених хворих із переломами проксимального відділу стегна і проявами когнітивних та/або емоційних порушень за статевими характеристиками**

Групи	Чоловіки		Жінки		Загалом	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Перша	9	37,5	15	62,5	24	100,0
Друга	7	29,2	14	58,3	21	87,5

Таблиця 2

**Розподіл пацієнтів із переломами проксимального відділу стегна і проявами когнітивних та/або емоційних порушень за віковими характеристиками (M $\pm$ mp)**

Групи	Чоловіки, років	Жінки, років	Загалом, років
Перша	81,7 $\pm$ 2,1	83,3 $\pm$ 1,0	82,7 $\pm$ 1,0
Друга	83,9 $\pm$ 0,7	83,6 $\pm$ 1,0	83,7 $\pm$ 0,7

Отже, серед хворих першої групи пацієнтів чоловічої статі нараховувалося майже в два рази менше (9 (37,5%)) порівняно з жінками (15 (62,5%)). Отримані дані підтверджують світові та загальнонаціональні статистичні показники щодо значного переважання КР серед жіночого контингенту та те, що жіноча стать є одним з основних факторів ризику розвитку КР.

Оскільки пацієнти мали ті чи інші КР, то статеві характеристики у групі пацієнтів із КР були ідентичними показникам, отриманим у цілому в когорті пролікованих хворих.

Слід відзначити, що серед пацієнтів, що мали різноманітні КР, спостерігалася значна частка (87,5%) осіб з одночасною наявністю КР та ЕП.

Хворих чоловічої статі серед них було вдвічі менше (29,2%) порівняно з жінками (58,3%).

Середній вік усіх хворих із ППВС і КР та/або ЕР тривожно-депресивного спектра становив 82,7 $\pm$ 1,0 року. При цьому хворі жіночої статі мали вищі вікові характеристики. Серед чоловічого контингенту середній вік становив 81,7 $\pm$ 2,1 року, а серед жіночого — 83,3 $\pm$ 1,0 року.

З огляду на те що вся когорта обстежених хворих мала КР, то вікові характеристики у другій групі пацієнтів із КР цілком відповідали показникам, отриманим у цілому в групі пролікованих осіб.

У пацієнтів же, які одночасно характеризувалися наявними КР та ЕП тривожно-депресивного характеру, відзначалися дещо інші характеристики. Так, у цілому їхній середній вік був вищим на відміну від першої групи і фіксувався на рівні 83,7 $\pm$ 0,7 проти 82,7 $\pm$ 1,0 року та був майже однаковим як серед чоловіків (83,9 $\pm$ 0,7 року), так і серед жінок (83,6 $\pm$ 1,0 року). Однак при порівнянні чоловічої та жіночої груп обстежених із КР та КР + ЕР відзначено, що середній вік чоловіків із комплексними розладами (КР + ЕР) був дещо вищим (83,9 $\pm$ 0,7 року) порівняно з чоловіками з КР (81,7 $\pm$ 2,1), а серед пацієнтів жіночої статі він відзначався майже на однаковому рівні (83,3 $\pm$ 1,0 і 83,6 $\pm$ 1,0 року відповідно).

При цьому нами були визначені основні види психоневрологічних порушень, характерних для пацієнтів із ППВС і КР (табл. 3). В основному фіксувалися дисциркуляторна енцефалопатія (ДЕП) 2-го та 3-го ступенів (відповідно в 11 (45,83%) та 6 (25,00%) хворих), у більшості обтяжена церебральним атеросклерозом (у 6 (25,00%) осіб із ДЕП 2-го ступеня та 1 (4,17%) пацієнта з ДЕП 3-го ступеня) або слабоумством (у 4 осіб з ДЕП 3-го ступеня (16,66%)). Окрім цього, у групі пацієнтів із ППВС та/або КР і ЕР відзначалася наявність деменції (4 (16,66%) хворих), значного когнітивного зниження (2 (8,33%) пацієнти) та церебрального атеросклерозу (1 (4,17%) пацієнт).

Таблиця 3

**Розподіл пацієнтів із переломами проксимального відділу стегна та проявами когнітивних порушень за видами психоневрологічних розладів**

Розлад	Чоловіки		Жінки		Загалом	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
ДЕП 2-го ступеня	3	12,50	8	33,33	11	45,83
ДЕП 3-го ступеня	3	12,50	3	12,50	6	25,00
Деменція	2	8,33	2	8,33	4	16,66
Когнітивне зниження	—	—	2	8,33	2	8,33
Церебральний атеросклероз	1	4,17	—	—	1	4,17
Усього	9	37,5	15	62,5	24	100,0

Таким чином, слід зазначити, що пацієнти похилого та старечого віку, які перебували на лікуванні з приводу ППВС та мали різноманітні КР, відзначалися такими особливостями: серед хворих із КР пацієнтів чоловічої статі виявилось значно менше (37,5%) порівняно з жінками (62,5%); значну частку (87,5%) становили особи з одночасними когнітивними та емоційними порушеннями; серед обстежених з одночасними проявами КР та ЕП тривожно-депресивного характеру вікові характеристики були дещо вищими (83,7±0,7 року) порівняно з першою групою (82,7±1,0 року); серед основних психоневрологічних порушень обстежених фіксувалися дисциркуляторна енцефалопатія 2–3-го ступенів (45,83 та 25,00%), у більшості обтяжена церебральним атеросклерозом (29,17%), деменція (16,66%), значне когнітивне зниження (8,33%) та церебральний атеросклероз (4,17%).

#### 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. 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.
3. One-year outcomes for proximal femoral fractures: Post-hospital analysis of mortality and care levels based on health insurance data / C. M. Müller-Mai, U. S. Schulze
4. Лечение переломов шейки бедренной кости канюлированными винтами / А. В. Басов, К. С. Казанин, И. П. Ардашев [и др.] // Политравма.— 2012.— № 1.— С. 32–37
5. 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.
6. The management of hip fractures in adults: The National Clinical Guideline Centre.— London: Royal College of Physicians, 2011.— 672 p.
7. 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.
8. 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.
9. 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. 14.01.06 «Психиатрия» / Н. Е. Максимова // ФГУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы».— М., 2007.— 458 с.
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.

### КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА

В. А. БАБАЛЯН

**Определены основные вопросы лечения пациентов пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедра и имеющимися когнитивными расстройствами. Освещены возможные психологические изменения при хирургическом лечении таких лиц. Установлены возрастно-половые характеристики обследованных больных с имеющимися когнитивными и эмоциональными нарушениями, диагностированы основные виды психоневрологических расстройств.**

**Ключевые слова:** когнитивные расстройства, когнитивные нарушения, когнитивные функции, эмоциональные расстройства тревожно-депрессивного спектра, переломы проксимального отдела бедра.

### COGNITIVE DISORDERS IN ELDERLY AND OLD PATIENTS WITH PROXIMAL FEMUR FRACTURES

V. O. BABALIAN

**The main issues of treatment of elderly and old patients with proximal femur fractures and existing cognitive disorders were determined. The possible psychological changes resulting from surgical**

**treatment of such persons were featured. The age- and gender-dependent characteristics of the examined patients with existing cognitive and emotional disorders were determined. The basic types of psychoneurological disorders were determined.**

*Key words: cognitive disorders, cognitive disturbances, cognitive functions, emotional disorders of anxious-depressive spectrum, proximal femur fractures.*

---

*Надійшла 04.10.2018*