

Психические нарушения у лиц позднего возраста, перенесших перелом шейки бедра или бедренной кости

Я.Б. Калын, Е.В. Пономарёва

Отдел гериатрической психиатрии ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН, 115522, Москва, Каширское ш., д. 34

Проведенное обследование пациентов пожилого и старческого возраста, перенесших перелом шейки бедра или бедренной кости, установило, что у 82,2 % обследованных больных на момент исследования (от нескольких дней до нескольких месяцев после перенесенного перелома) имелись различные психические отклонения. Перелом шейки бедра или бедренной кости можно рассматривать в качестве провоцирующего или этиологического фактора таких психических расстройств, как состояния спутанности (19,8 %), ситуационно обусловленные депрессивные расстройства (8,9 %), появившиеся изолированные нарушения сна (5,9 %), алкогольный делирий (3 %). В целом такие психические нарушения обнаружены более чем у трети (37,6 %) обследованной популяции. Расстройства депрессивного спектра на фоне перелома шейки бедра или бедренной кости чаще возникают у лиц более молодого возраста ($p < 0,03$), тогда как состояния спутанности – у более пожилых лиц ($p < 0,01$). К моменту катмнеза (в среднем спустя год после первого осмотра) умерли 27,8 % лиц из включенных в катмнестическую группу. Проведенное исследование подтвердило ожидаемую высокую частоту неблагоприятного исхода перелома шейки бедра или бедренной кости у лиц пожилого и старческого возраста с состояниями спутанности или деменции. Вероятность редукции психических расстройств, возникших на фоне перелома шейки бедра или бедренной кости, существенно возрастает при их оперативном лечении (операция эндопротезирования или остеосинтеза).

Ключевые слова: перелом шейки бедра, перелом бедра, психическое расстройство, депрессия, спутанность, терапия психических нарушений.

Эпидемиологическими исследованиями установлено, что в пожилом возрасте резко увеличивается частота остеопороза [15]. Рост частоты остеопороза среди пожилой части населения серьезно повышает риск развития перелома конечностей, в частности переломов шейки бедра [10, 11, 17]. Этому способствует ряд причин. Среди них называют неполноценное питание, малоподвижный образ жизни, недостаточное пребывание на солнце, злоупотребление транквилизаторами, гипнотиками, а также алкоголизм у пожилых людей, частые падения и интеллектуальное ухудшение [4, 8, 13]. Сочетание ряда неблагоприятных факторов, таких как травматичность повреждений, пожилой возраст, сопутствующие соматические нарушения, способствует развитию у пожилых лиц с переломами шейки бедра различных психических нарушений [12]. Наиболее часто среди возможных психических нарушений, возникающих на фоне перелома шейки бедра, исследователи называют депрессивные расстройства, делирий, интеллектуальное ухудшение [7, 14, 16]. Довольно часто встречаются послеоперационные осложнения в виде делирия при оперативных вмешательствах из-за переломов шейки бедра [5]. По некоторым данным, около четверти пожилых людей с перелом проксимальных отделов бедра умирают в течение года [6].

Цель настоящего исследования состояла в установлении распространенности и нозологического спектра психических нарушений у лиц пожилого и

старческого возраста, перенесших перелом шейки бедра или бедренной кости, изучении особенностей их динамики, а также ближайшего и отдаленного прогноза их течения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследование включались лица в возрасте 60 лет и старше с переломом шейки бедра или проксимальных отделов бедренной кости, находящиеся на стационарном лечении в травматологических отделениях ГКБ № 7 г. Москвы и ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова г. Москвы. В процессе скрининга пациентов пожилого возраста (839 человек), находившихся на лечении в травматологических отделениях, была сформирована основная группа из 101 пациента травматологических отделений с переломом шейки бедра (49 человек) или бедренной кости (52 человека). В исследуемой группе оказалось 73 женщины и 28 мужчин (соотношение мужчин и женщин – 1:2,6) в возрасте от 60 до 92 лет (средний возраст – $76,4 \pm 8,2$ года). Половозрастное распределение обследованных больных с переломом шейки бедра или бедренной кости представлено в таблице.

Лица в возрасте моложе 75 лет составили 39,6 % от обследованной популяции, на долю лиц старческого возраста приходилось 60,4 %. Таким образом, в изученной популяции существенно преобладали пациенты старческого возраста, что объясняется увеличивающейся с возрастом частотой остеопороза и высоким риском переломов.

По уровню образования больные распределялись следующим образом: общее среднее образование было у 25 обследованных (24,7 %), среднее специальное – у 35 человек (34,7 %), и высшее образование имел 41 обследованный больной (40,6 %). Все пациенты на момент травмы не работали: имели инвалидность по общему заболеванию (35 человек) или находились на пенсии по возрасту (66 человек).

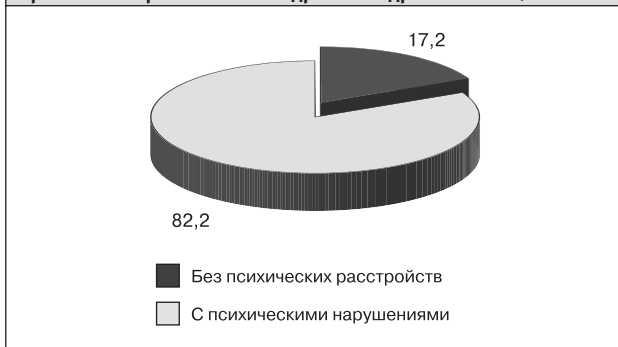
РЕЗУЛЬТАТЫ

У 83 из 101 обследованного больного с переломом шейки бедра или бедренной кости на момент исследования (от нескольких дней до нескольких месяцев после перенесенного перелома) установлены различные психические отклонения (82,2 %), в том числе состояния спутанности – у 20 пациентов (19,8 %); у 15 пациентов (14,9 %) отмечались легкие когнитив-

Таблица. Половозрастное распределение обследованных больных с переломом шейки бедра или бедренной кости

Возрастные группы, лет	Пол					
	Оба пола		Мужчины		Женщины	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
60–64	8	7,9	6	21,4	2	2,7
65–69	14	13,9	6	21,4	8	11
70–74	18	17,8	4	14,3	14	19,2
75–79	20	19,8	3	10,7	17	23,3
80–84	21	20,8	3	10,7	18	24,7
85–89	17	16,8	5	17,9	12	16,4
90 лет и старше	3	3	1	3,6	2	2,7
Всего	101	100	28	100	73	100

Рис. 1. Частота психических нарушений у лиц позднего возраста, перенесших перелом шейки бедра или бедренной кости, %



ные нарушения цереброваскулярного генеза. У восьми обследованных (7,9 %) диагностирована БА с поздним началом, у девяти (8,9 %) – мягкое когнитивное снижение, и у такого же количества пациентов – ситуационно обусловленные депрессивные расстройства. Изолированные нарушения сна выявлены у шестерых пациентов (5,9 %), сосудистая деменция – у пяти (5 %), БА с ранним началом – у троих человек (3 %). У троих пациентов (3 %), страдавших хроническим алкоголизмом, на фоне перелома бедра развился алкогольный делирий, и еще три человека (3 %) к моменту перелома бедра страдали хроническим алкоголизмом. В двух случаях (1,9 %) у больных с переломом шейки бедра диагностирован сенильный параноид. Восемнадцать пациентов с переломом шейки бедра или бедренной кости (17,8 %) не обнаруживали каких-либо психических нарушений (рис. 1).

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о высокой частоте психических расстройств среди пожилых больных с переломом шейки бедра или бедренной кости. При этом большинство выявленной психической патологии в обследованной популяции можно рассматривать в качестве сопутствующего расстройства, анамнестические сведения, психопатологическое обследование позволяют исключить взаимосвязь этих психических расстройств с фактом перелома (рис. 2).

Вместе с тем перелом шейки бедра или бедренной кости можно рассматривать в качестве провоцирующего или этиологического фактора таких психических расстройств, как состояния спутанности (19,8 %), ситуационно обусловленные депрессивные расстройства (8,9 %), появившиеся изолированные нарушения сна (5,9 %), алкогольный делирий (3 %). В целом такие психические нарушения обнаружены более чем в трети (37,6 %) обследованной популяции (рис. 3).

Спутанность или делирий, не обусловленный алкоголем или другими психоактивными веществами (согласно международной классификации психических

Рис. 2. Психические нарушения, имевшие место в обследованной пожилой популяции до перелома шейки бедра или бедренной кости, % от всех обнаруженных в популяции расстройств



Рис. 3. Психические нарушения, возникшие после перелома шейки бедра или бедренной кости в обследованной пожилой популяции, % от всех обнаруженных в популяции расстройств



заболеваний МКБ-10), оказалась наиболее частным психическим расстройством, возникающим в ответ на перелом шейки бедра или проксимального отдела бедренной кости, у лиц пожилого и старческого возраста. Клиническая картина состояний спутанности определялась измененным сознанием и вниманием. У больных искажалось восприятие окружающего, появлялись иллюзии и галлюцинации (преимущественно зрительные). Бредовые идеи носили нестойкий, преходящий характер. Отмечались экзистенциальные конфабуляции с симптомами «сдвига в прошлое». Обнаруживались нарушения памяти на недавние события, что приводило к дезориентировке во времени, в месте, а иногда и в собственной личности. Почти полная фиксационная амнезия контрастировала с частичной сохранностью памяти на отдаленные события. На высоте состояний спутанности больные теряли способность к суждениям, умозаключениям, появлялись признаки инкогеренции. Состояния повышенной речевой и двигательной активности сменялись брадиказией и олигофазией. В тяжелых случаях спутанности происходила инверсия ритма сон-бодрствование, сопровождавшаяся психомоторным возбуждением в ночное время и выраженной дневной сонливостью. Аффективные нарушения носили нестойкий и переменчивый характер и, как правило, отражали галлюцинаторно-бредовые переживания. По мере прогрессирования спутанности нарастала астено-апатическая симптоматика. В обследованной когорте больных преобладал смешанный тип спутанности, при котором эпизоды гипоактивности сменялись периодами возбуждения.

Проведенный анализ показал, что расстройства депрессивного спектра на фоне перелома шейки бедра или бедренной кости чаще возникают у лиц более молодого возраста (6 из 9 случаев ситуационно обусловленных депрессий – у лиц в возрасте моложе 75 лет, $p < 0,03$). Развитие состояний спутанности при травме значительно достовернее у более пожилых лиц (14 из 20 случаев спутанности – у лиц в возрасте 75 лет и старше, $p < 0,01$). Состояние больных при пролонгированных депрессивных реакциях, связанных с воздействием стрессового фактора, определялось депрессивной симптоматикой разной глубины. В некоторых случаях проявления депрессии дополнялись признаками тревоги. Более редкое возникновение депрессивных реакций на перелом шейки бедра или бедренной кости (т. е. на неизбежную обездвиженность) у лиц старческого возраста по сравнению с более молодыми больными отчасти можно объяснить несколько сниженной критикой из-за высокой доли среди этих больных органической патологии головного мозга (55 человек, т. е. 90,2 % пожилых в возрасте 75 лет и старше). Вероятно, и более высокая встречаемость состояний спутанности среди лиц старческого возраста обусловлена большей частотой органической патологии головного мозга среди этого

возрастного контингента. Вместе с тем в исследуемой когорте лица без психических расстройств с одинаковой частотой встречались как среди пожилых людей, так и среди пациентов старческого возраста.

Катамнестическое обследование пациентов травматологических отделений ГКБ Москвы, включенных в исследуемую группу, проводилось в течение года после первого осмотра. Из медицинской документации травматологических отделений ГКБ известно, что 32 больным (31,7 %) с переломом шейки бедра проведена операция эндопротезирования тазобедренного сустава и 37 больным с переломом бедренной кости (36,6 %) проведена операция остеосинтеза. Остальные включенные в исследование пациенты (32 человека – 31,7 %) получали консервативное лечение, и консолидация переломов происходила естественным путем. Спустя год после первичного осмотра катамнестические сведения получены о 54 пациентах (53,5 %). Получить информацию об остальных 47 больных (46,5 %) не удалось из-за потери с ними связи. Относительно невысокий процент катамнестически обследованных больных объясняется тем, что 36 человек (35,6 %) из исследованной группы были одиночками и еще 29 пожилых (28,7 %) проживали отдельно от родственников. Почти все лица, о которых не удалось получить катамнестических сведений, относились к категории одиноких или одиноко проживающих. Из пациентов катамнестической группы на момент первого осмотра состояния спутанности отмечены у 12 пациентов, у 10 больных отмечались легкие когнитивные нарушения цереброваскулярного генеза. У троих человек было обнаружено мягкое когнитивное снижение, у восьми – диагностированы ситуационно обусловленные депрессивные расстройства. Изолированные нарушения сна отмечались у четверых пациентов, сосудистая деменция – у троих, болезнь Альцгеймера с ранним началом – также у троих человек. У 11 пациентов с переломом шейки бедра или бедренной кости на момент первичного осмотра не было каких-либо психических нарушений.

К моменту катамнеза (в среднем спустя год после первого осмотра) умерли 11 из 12 пациентов с состояниями спутанности, о которых удалось получить сведения. У одного пациента с состоянием спутанности после проведенной операции эндопротезирования тазобедренного сустава состояние нормализовалось, и на момент катамнеза у него отмечались признаки мягкого когнитивного снижения. Согласно катамнестической информации, у 10 больных с легкими когнитивными нарушениями цереброваскулярного генеза и у троих человек с мягким когнитивным снижением заметных изменений в психическом состоянии не произошло. Из восьми человек, у которых при первом осмотре обнаруживались ситуационно обусловленные депрессивные расстройства, на момент катамнеза психических расстройств не выявлено у семи пациентов. У одного обследованного на момент катамнеза отмечались дистимические расстройства. В свое время эти больные были прооперированы по поводу перелома шейки бедра или бедренной кости. Явления инсомнии к моменту катамнеза прошли у двоих пациентов, у одного остались изолированные нарушения сна. Двое из троих человек с сосудистой деменцией (о которых удалось получить сведения) за период катамнеза умерли. Умерли также двое из троих больных с болезнью Альцгеймера с ранним началом. Больные с деменцией получали только консервативное лечение по поводу перелома шейки бедра или бедренной кости. Не обнаруживали каких-либо психических нарушений на момент катамнеза 11 пациентов с переломом шейки бедра или бедренной кости. Все они были прооперированы по поводу переломов. Таким образом, к моменту катамнеза умерли 15 человек из 54 включенных в ка-

тамнестическую группу – 27,8 %. Из 15 умерших больных у 11 отмечались состояния спутанности и у 4 – деменция сосудистого или нейродегенеративного генеза. По имеющимся сведениям, преимущественной причиной смерти у этих больных была пневмония. Необходимо отметить, что все умершие за период катамнеза больные лечились только консервативно. Исследование показало, что вероятность редукции психических расстройств, возникших на фоне перелома шейки бедра или бедренной кости, существенно возрастает при оперативном лечении переломов (операция эндопротезирования тазобедренного сустава или остеосинтеза). Проведенное исследование подтвердило высокую частоту развития у пожилых людей, перенесших перелом шейки бедра или бедренной кости, состояний спутанности. Возникновение последних, так же как и наличие к моменту перелома синдрома деменции (болезнь Альцгеймера, сосудистая деменция), является неблагоприятным прогностическим признаком для выживания больных.

В процессе исследования выявлены серьезные проблемы в обеспечении специализированной психиатрической помощью нуждающихся в ней лиц пожилого и старческого возраста. По существующим требованиям пациенты с психическими расстройствами при наличии показаний переводятся из соматических отделений в психосоматические. Вынужденная иммобилизация из-за перелома явилась причиной того, что психиатрическая помощь оказывалась в травматологических отделениях, не предназначенных для таких целей из-за отсутствия необходимых медикаментов и обученного среднего и младшего персонала. Даже круглосуточное наличие квалифицированных психиатров в одной из многопрофильных ГКБ, на базе которой проводилось исследование, не позволяло оказывать всем нуждающимся больным помощь в полном объеме. Адекватную медикаментозную терапию после осмотра психиатра получали только больные с депрессивными расстройствами, для которых родственники приобретали необходимые лекарства. Для лечения ситуационных депрессий применялись антидепрессанты (пипразидол, азафен, ципрамирл). При наличии тревожного компонента в структуре депрессии, помимо антидепрессантов, назначались препараты из группы транквилизаторов (феназепам). В половине случаев больные с изолированными нарушениями сна получали малые транквилизаторы (реладорм, феназепам). В единичных случаях больные с болезнью Альцгеймера получали холинергическую терапию (реминил) или пирацетам. В ряде случаев больные с сосудистой деменцией получали вазоактивную терапию (ницерголин). Судя по записям в истории, эпизодически дезинтоксикационная терапия (в виде внутривенных капельниц 5 % р-ра глюкозы, гемодеза) проводилась больным с алкогольным делирием и состояниями спутанности. Исследование показало, что в подавляющем большинстве случаев больные с состояниями спутанности, с деменцией сосудистого или нейродегенеративного генеза с переломом шейки бедра или бедренной кости в травматологических отделениях вообще не получали специфической терапии. Отсутствие квалифицированного ухода и адекватной терапии, возможно, явилось фактором, отрицательно повлиявшим на выживаемость этой категории больных. Для исправления имеющегося положения необходимо разработать методические рекомендации ведения пожилых больных с переломом шейки бедра или бедренной кости при наличии у них психических расстройств.

При сложившихся обстоятельствах, по нашему мнению, больным, имеющим психические расстройства на фоне перелома шейки бедра или бедренной кости и не подлежащих хирургическому лечению, необходимая квалифицированная геронтопсихиатри-

ческая помощь должна оказываться в психосоматических отделениях.

ОБСУЖДЕНИЕ

Проведенное исследование свидетельствует о высокой частоте психических расстройств среди пожилых больных с переломом шейки бедра или бедренной кости. Эти показатели существенно превышают распространенность психической патологии в общей популяции аналогичного возраста [1–3]. Часть выявленной психической патологии в обследованной популяции этиопатогенетически не связана с переломом. Такие психические расстройства, как состояния спутанности, можно рассматривать как экзогенные или экзогенно-органические реакции на соматогению, которая нередко имела «благоприятную почву» в виде субклинически протекавшего органического (нейродегенеративного, сосудистого или смешанного) процесса. Для ситуационно обусловленных депрессивных реакций дезадаптации, проявившихся на фоне травмы изолированных нарушений сна перелом шейки бедра или бедренной кости выступает в роли психогенного этиологического фактора. Развитие алкогольного делирия обусловлено скорее всего состоянием абстиненции в связи с внезапным прекращением употребления алкоголя лицами, страдавшими до травмы хроническим алкоголизмом.

Обнаруженное более редкое возникновение депрессивных реакций на перелом шейки бедра или бедренной кости у лиц старческого возраста по сравнению с более молодыми больными отчасти можно объяснить несколько сниженной критикой из-за высокой доли среди этих больных органической патологии головного мозга. И напротив, присутствием такой патологии можно объяснить более высокую встречаемость состояний спутанности после травмы у лиц старческого возраста.

Проведенное исследование подтвердило ожидаемую высокую частоту неблагоприятного исхода перелома шейки бедра или бедренной кости у лиц пожилого и старческого возраста с состояниями спутанности или деменции. В процессе исследования выявлены проблемы в обеспечении квалифицированной геронтопсихиатрической помощью нуждающихся в ней пациентов старших возрастов травматологических отделений. По нашему мнению, пожилые больные с психическими расстройствами на фоне перелома шейки бедра или бедренной кости, не подлежащие хирургическому лечению, нуждаются в обязательном переводе в психосоматическое отделение для оказания им необходимой квалифицированной психиатрической помощи или регулярном наблюдении психиатром указанного подразделения.

Литература

1. Гаврилова С.И., Калын Я.Б. Социально-средовые факторы и состояние психического здоровья пожилого населения (клинико-эпидемиологическое исследование) // Вестник РАМН. 2002. № 9. С. 15–20.
2. Гаврилова С.И., Калын Я.Б. Роль стрессогенных факторов в развитии психической патологии в пожилом возрасте // Психиатрия и психофармакотерапия. 2002. № 6. С. 212–215.
3. Гаврилова С.И., Калын Я.Б. Социальные факторы и психические расстройства в пожилом и старческом возрасте // Руководство по социальной психиатрии / под. ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.С. Положего. – М.: МИА, 2009. – С. 174–195.
4. Allain H., BentuO-Ferrer D., Polard E., Akwa Y., Patat A. Postural instability and consequent falls and hip fractures associated with use of hypnotics in

the elderly: a comparative review // Drugs Aging. 2005. 22 (9). P. 749–765.

5. Bitsch M., Foss N., Kristensen B., Kehlet H. Pathogenesis of and management strategies for postoperative delirium after hip fracture: a review // Acta Orthop Scand. 2004. Aug. 75 (4). P. 378–389.
6. Boonen S., Broos P., Haentjens P. Factors associated with hip fracture occurrence in old age. Implications in the postsurgical management // Acta Chir Belg. 1999. Aug. 99 (4). P. 185–189.
7. Brännström B. Care of the delirious patient // Dement Geriatr Cogn Disord. 1999. Sep–Oct. 10 (5). P. 416–419.
8. Cumming R.G., Le Couteur D.G. Benzodiazepines and risk of hip fractures in older people: a review of the evidence // CNS Drugs. 2003. 17 (11). P. 825–837.
9. Dyson J. Alcohol misuse and older people // Nurs Older People. 2006. Aug. 18 (7). P. 32–35.
10. Eastell R., Boyle I.T., Compston J., Cooper C., Fogelman I., Francis R.M., Hosking D.J., Purdie D.W., Ralston S., Reeve J., Reid D.M., Russell R.G., Stevenson J.C. Management of male osteoporosis: report of the UK Consensus Group // QJM. 1998. Feb. 91 (2). P. 71–92.
11. Hayes K.S., Steinke E.E., Heilman A. Case study of hip fracture in an older person // J Am Acad Nurse Pract. 2003. Oct. 15 (10). P. 450–457.
12. Holmes J.D., House A.O. Psychiatric illness in hip fracture // Age Ageing. 2000. Nov. 29 (6). P. 537–546.
13. Nourhashemi F., Rolland Y., Vellas B. Prevention of falls and their consequences // Presse Med. 2000. Jun. 24. 29 (22). P. 1249–1254.
14. Roche V. Southwestern Internal Medicine Conference. Etiology and management of delirium // Am J Med Sci. 2003. Jan. 325 (1). P. 20–30.
15. Schrager S. Epidemiology of osteoporosis in women with cognitive impairment // Ment Retard. 2006. Jun. 44 (3). P. 203–211.
16. Swantek S.S., Goldstein M.Z. Practical geriatrics: age and gender differences of patients with hip fracture and depression // Psychiatr Serv. 2000. Dec. 51 (12). P. 1501–1503.
17. Zohman G.L., Lieberman J.R. Perioperative aspects of hip fracture. Guidelines for intervention that will impact prevalence and outcome // Am J Orthop (Belle Mead NJ). 1995. Sep. 24 (9). P. 666–671.

Mental disorders in old age persons who have suffered a fracture of the femoral neck or femur

Y.B. Kalyin, E.V. Ponomareva

Department of Geriatric Psychiatry FGBU «Mental Health Research Center», Academy of Medical Sciences, 115522, Moscow, Kashirskoye shosse, 34

A survey of patients in elderly undergoing hip fracture or femoral found that 82,2 % of the patients at the time of the study (from several days to several months after suffering a fracture) had various mental disorders. Fracture of the femoral neck or the femur can be seen as provocative or etiological factors such as mental health states of confusion (19,8 %), due to situational depressive disorder (8,9 %), which appeared isolated sleep disorders (5,9 %), alcohol delirium (3 %). In general, these mental disorders are found in more than one-third (37,6 %) surveyed population. Depressive spectrum disorders in the background of hip fracture or hip are more common in younger persons ($p < 0,03$), whereas the state of confusion – in older individuals ($p < 0,01$). By the time catamnesis (on average, a year after the first examination) died 27,8 % of persons included in the follow-up of the group. This study confirmed the expected high frequency of adverse outcomes of hip fracture or hip in elderly and senile patients with dementia or a confusional state. The probability of a reduction of mental disorders that occurred against the backdrop of hip fracture or femur, significantly increases their surgical treatment (surgery or joint replacement fixation).

Key words: hip fracture, femur fracture, mental disorder, depression, confusion, treatment of mental disorders.