

УДК 616.892-008:616.1/9:159.923.31:615.859-036.1-053.9

*І.Д. Спіріна, С.Ф. Леонов, С.В. Рокутов Т.Й. Шустерман, А.Є. Ніколенко Т.В. Мозолюк***ФАКТОРИ РИЗИКУ ПОСИЛЕННЯ ЧАСТОТИ ТА ЗБІЛЬШЕННЯ ТРИВАЛОСТІ ГОСПІТАЛІЗАЦІЙ ХВОРИХ ОРГАНІЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ ПІЗЬНОГО ВІКУ З СУПУТНЬОЮ СОМАТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**

Дніпропетровська державна медична академія, КЗ «Дніпропетровська клінічна психіатрична лікарня»

Ключові слова: госпіталізація, фактори ризику, психічні розлади, пізній вік, соматичні розлади

В більшості країн світу, в тому числі в Україні за останні роки невпинно зростає чисельність людей старших вікових груп. Між тим, захворюваність на психічні розлади у пізньому віці суттєво підвищується, тому проблема удосконалення геронтопсихіатричної допомоги залишається одним з першочергових завдань сучасної психіатрії [6, 7, 8, 10].

Окрім того, госпіталізація психічно хворих пізнього віку обумовлюється не тільки загостренням психічного захворювання, а часто пов'язана з соціально-психологічними (самотнє проживання, конфліктні взаємини з родичами та сусідами) та соціально-побутовими (низький рівень матеріального забезпечення, погані житлові умови та ін.) факторами, тому дослідження факторів ризику частих та тривалих госпіталізацій психічно хворих пізнього віку набуває актуальності [1, 6, 8, 11]. Причиною психічних порушень у хворих старших вікових груп часто стають органічні розлади, в тому числі судинного генезу [2, 4, 9, 13].

Складність підходів до вирішення проблеми лікування та реабілітації цієї категорії пацієнтів обумовлена формуванням у динаміці захворювання дефіцітарних змін психіки, а також ускладненням терапевтичного втручання в умовах

впливу пізнього віку, соматичної обтяженості, органічної недостатності центральної нервової системи. В даному контексті необхідно враховувати виражену тенденцію до порушення соціального функціонування цих пацієнтів, що в більшості випадків обумовлює необхідність госпіталізації. Проте, сучасне реформування медичної галузі рухається у напрямку переносу акценту психіатричної допомоги з стаціонарної на амбулаторну, пошуку нових організаційних форм надання психосоціальної допомоги в рамках біопсихосоціальної моделі (наприклад, поліпрофесійних бригад) [5, 10, 12]. Тому принципове значення для оптимізації стаціонарної геронтопсихіатричної допомоги має визначення біопсихосоціальних факторів впливу на частоту та тривалість госпіталізації. Проведені дослідження цих факторів підтверджують актуальність проблеми [11], але охоплювали переважно хворих шизофренією. Фактори, що сприяють повторним та тривалим госпіталізаціям хворих органічними психічними розладами (включаючи деменцію), досліджені недостатньо.

Мета дослідження: визначення факторів ризику збільшення частоти та тривалості госпіталізацій хворих органічними психічними розладами з супутньою соматичною патологією.

Матеріали та методи дослідження

Обстежено 164 хворих (123 жінки та 41 чоловік) у віці від 60 до 90 років (середній вік – 75,4 роки), які знаходились на стаціонарному лікуванні у геронтологічному психосоматичному відділенні Дніпропетровської обласної клінічної психіатричної лікарні. Хворі були розподілені на дві приблизно рівні групи. У першу (основну) ввійшли 84 хворих, які неодноразово лікувались у психіатричному стаціонарі. Друга (контрольна) група складалася з 80 хворих, яких

госпіталізовано вперше. Підбір хворих здійснено у такий спосіб, що за віком, статевую приналежністю та клінічним складом групи суттєво не відрізнялись.

В основній групі було 65 (77,4%) жінок та 19 (22,6%) чоловіків. У контрольній – 63 (78,6%) жінок та 17 (21,4%) чоловіків. Середній вік хворих основної групи складав 74,5, контрольної – 76,1 роки.

Обидві групи склали хворі з органічними,

включаючи симптоматичні, психічними розладами (F0).

Всі досліджувані пацієнти мали супутню соматичну патологію у вигляді захворювань серцево-судинної системи (ССС), органів шлунково-кишкового тракту, ендокринної системи, ЛОР-органів, очей, опорно-рухового апарату та ін.

В дослідженні використовувався клініко-психопатологічний (клінічна бесіда, спостереження за невербальними проявами поведінки, опитування родичів хворого, аналіз медичної документації) та соціально-психологічний (анкетування, структуроване інтерв'ювання хворого та його родичів) методи. Діагноз супутнього соматичного захворювання встановлювали за допо-

могою лікаря-консультанта відповідної спеціальності (терапевт, невропатолог, кардіолог, хірург, ендокринолог та ін.) після додаткового обстеження (лабораторні аналізи крові, сечі, рентгенологічне дослідження, електрокардіографія, електро-, ехо-, реоенцефалографія, магнітно-резонансна томографія, ультразвукове дослідження) з використанням шкали оцінок, що запозичена у роботах [3, 4], з виділенням трьох рівнів: високий – компенсація та субкомпенсація, середній – помірно виражена декомпенсація, та низький – виражена декомпенсація. Статистична обробка даних проводилась за допомогою статистичного пакету програми Microsoft Office Excel-2003.

Отримані результати та їх обговорення

Встановлено, що середня тривалість захворювання хворих основної групи була достовірно вищою, ніж у хворих контрольної (29,1±1,3 та 14,2±0,7 місяців відповідно).

Також достовірно відрізнялась середня тривалість госпіталізацій, що дорівнювала в основній групі 2,1±0,1 місяці, а в контрольній - 3,2±0,15 місяці.

Аналіз соціально-побутових та соціально-психологічних даних в групах показав наступне.

За рівнем освіти хворі обох груп суттєво не відрізнялися. Найчастіше в обох групах хворі мали середню та середньо-спеціальну освіту (79,8% та 82,5% відповідно), значно менше – вищу та незакінчену вищу (11,9% та 11,3%), ще менше – початкову (8,3% та 6,2%).

17,9% хворих основної групи проживали самотійно, або у відокремленій кімнаті (родичі організували нагляд, але мешкали окремо), 82,1% проживали разом з членами родини в одному помешканні. В контрольній групі умови проживання достовірно ($p < 0,05$) відрізнялись та відповідно складала 82,1% та 17,9%.

Матеріальний рівень хворих забезпечувався власною пенсією (з можливою незначною та нерегулярною допомогою родичів) у 53,6% хворих основної та у 38,8% контрольної груп і вважався низьким. Більш задовільний матеріальний рівень відмічався за рахунок допомоги родичів хворого в основній групі у 46,4% хворих, у контрольній – в 61,2%. Це співвідношення в значній мірі пояснювалось характером взаємовідносин з родичами, які доглядали хворих.

Важлива роль у соціальній адаптації належить членам сімей психічно хворих пізнього віку. Всі хворі обох досліджуваних груп опіку-

вались родичами, переважна більшість мали сусідів. Тому нами досліджені взаємовідносини хворих з родичами та сусідами. Саме це коло осіб здійснює найбільш вагому підтримку хворим та у випадках загострення стає ініціатором госпіталізації у психіатричне відділення. Типи співвідношень між хворими та родичами виділені за аналогією класифікації, представленій у роботі [11]:

1. Співпраця – відношення родичів з хворими будуються на взаємній симпатії, родичі постійно піклуються про хворих, допомагаючи лікарю в лікуванні та реабілітації.

2. Гіперопіка – надмірний контроль та піклування. Незважаючи на те, що гіперопіка викликає протест зі сторони хворого, це звичайно не призводить до серйозних колізій.

3. Формальні відносини – хворі та родичі байдужі один до одного, періодичне піклування здійснюється з відчуття обов'язку або страху суспільного осуду.

4. Прагматичні відносини – родичі відчувають байдужість або ворожість до хворого, але постійно або періодично піклуються про хворого з меркантильних інтересів.

5. Конфліктні відносини – між родичами та хворими взаємна ворожість, що супроводжується сварками та сутичками, але родичі періодично піклуються про хворого з відчуття обов'язку або страху суспільного осуду або меркантильних інтересів.

Порівняння взаємовідносин родичів з хворими виявило наступне. В основній групі у порівнянні з контрольною частіше зустрічалися прагматичні (51,2% та 31,2%) та гіперопіка (21,4% та 13,8%). У контрольній – конфліктні (25% та 14,3%) та формальні (22,5% та 6,0%).

Співпрацюючи відносини зустрічалися рідше (7,1% і 7,5%) і достовірної різниці між групами не виявляли. Взаємовідносини з сусідами оцінювались за трьома варіантами: доброзичливі, формальні, конфліктні. Встановлено, що конфліктні взаємовідносини виявлялись у хворих основної групи достовірно частіше, ніж у контрольної (79,8% та 61,3%). Формальні відносини достовірно переважали у контрольній групі (31,2% та 14,3%). Доброзичливі мали незначну тенденцію переваги у контрольній групі (7,5% та 6,0%), різниця незначуща.

Дослідження соматичного стану пацієнтів показало наступне. Супутні соматичні захворювання хворих основної групи частіше виявлялись у стані помірно-вираженої декомпенсації порівняно з контролем (70,2% та 58,8%), а у стані субкомпенсації та компенсації – достовірно рідше (22,7% та 33,7%). Виражена та тяжка декомпенсація супутнього соматичного захворювання проявлялась в обох групах з практично однаковою частотою (7,1% та 7,5%).

В структурі супутньої соматичної патології обох груп хворих суттєво переважали захворювання ССС, патологія зору та церебросклероз. Ішемічну хворобу серця діагностовано у всіх хворих обох груп. Гіпертонічну хворобу спостерігали у 97,6% хворих основної групи та у 97,5% контрольної; очні хвороби відповідно у 97,6% та 96,3%; церебросклероз у 82,1% та 77,5%; патологію органів шлунково-кишкового тракту у 34,5% та 33,8%; ендокринні захворювання – 28,6% та 16,3%; захворювання ЛОР-органів (14,3% та 10,0%); інші захворювання – 9,5% та 11,3%.

Статистично достовірна різниця між групами в загальній структурі не виявлена, але за ступенем важкості соматичної патології знайдені статистично значущі розбіжності у частоті її виникнення. Так, гіпертонічну хворобу III ст. діагностовано у 44,0% хворих основної групи, та 27,5% контрольної. Окрім того, в анамнезі хворих основної групи достовірно частіше ніж в контрольній відмічались повторні інсульти (38,1% та 22,5%). Помітна тенденція переваги ендокринних захворювань виявилася за рахунок цукрового діабету, який достовірно частіше спостерігався у хворих основної групи 26,2% проти 12,5%.

В обох групах переважну більшість складала хворі з органічним ураженням головного мозку складного генезу (39,3% та 41,25%) відповідно, дещо менше було хворих з органічним ураженням головного мозку судинного генезу (25,0%, та 27,5%), та судинною деменцією

(20,2%, та 17,5%), ще рідше зустрічались хворі з психозами органічного походження (13,1%, та 11,25%), незначну кількість складала хворі з дегенеративними (атрофічними) захворюваннями головного мозку (2,4%, та 2,5%).

При дослідженні психопатологічних проявів встановлено, що в обох групах частіше виявлялись маячні синдроми (у 85,7% хворих основної групи та у 86,3% хворих контрольної) та психоорганічний синдром (71,4% та 63,8% відповідно), рідше – деменція (22,6% та 20,0) та афективні синдроми (20,2%), що дозволяє вважати більш вагомою роль соціально-психологічних та соціально-побутових чинників у випадках госпіталізації хворих з відносно менш грубою психічною патологією. Виділені також особливості синдромальних проявів, що сприяли повторним та тривалим госпіталізаціям. Вони зустрічались достовірно частіше, ніж інші варіанти психопатологічних станів.

У 93,1% хворих з маячними розладами основної групи та 88,8% контрольної спостерігався параноїд малого розмаху, або повсякденних відносин (збитку, переслідування, отруєння, «параноїд житла»), що поширювався виключно на осіб найближчого оточення, зазвичай на сусідів та родичів, що проживають спільно з хворим, або доглядають хворого. У хворих основної групи маячні розлади достовірно частіше супроводжувались агресивними висловлюваннями та поведінкою (55,6% та 30,4%).

Психоорганічний синдром у хворих основної групи достовірно переважав у змішаному варіанті (43,3% та 35,6%), та мав переважну тенденцію до експлозивного (28,9% та 25%, різниця незначуща), а у хворих контрольної – в астеничному варіанті (42,4% та 28,3%).

Відомо, що хворим органічними розладами судинного генезу властиво «мерехтіння» та «коливання» вираженості психопатологічної симптоматики. Ці клінічні прояви відмічались у хворих основної групи достовірно частіше (45,2% та 33,6%).

Висновки:

1. Серед факторів ризику частоти та тривалості госпіталізацій хворих з органічними психічними розладами пізнього віку ускладнених соматичною патологією можна виділити несприятливі умови проживання; незадовільне матеріальне забезпечення; порушення взаємовідносин з родичами, які здійснюють нагляд; декомпенсація супутнього соматичного захворювання; наявність церебрального атеросклерозу, цукрового діабету, повторних інсультів в анамнезі;

особливості психопатологічних проявів у вигляді параноїду малого розмаху з агресивною поведінкою, змішаного варіанту психоорганічного синдрому, «мерехтіння» та «коливання» симптоматики.

2. Значна кількість факторів ризику соціально-психологічного порядку, вагомої соматичної

складової обумовлює доцільність застосування інтегративного підходу з наданням допомоги таким хворим поліпрофесійними бригадами, до складу яких окрім лікаря-психіатра залучені лікарі - соматологи, психологи та соціальні працівники, а також поєднання зусиль з відповідними соціальними структурами.

И.Д. Спирина, С.Ф. Леонов, С.В. Рокитов, Т.И. Шустерман, А.Е. Николенко, Т.В. Мозолюк

ФАКТОРЫ РИСКА УВЕЛИЧЕНИЯ ЧАСТОТЫ И ДЛИТЕЛЬНОСТИ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ БОЛЬНЫХ ОРГАНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА С СОПУТСТВУЮЩЕЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Днепропетровская государственная медицинская академия, КУ «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница»

Проведенное исследование выявило социально-психологические (нарушение взаимоотношений с микросоциальным окружением), материально-бытовые (недостаточное материальное обеспечение, неудовлетворительные условия проживания) и клинические (определенные особенности проявлений продуктивных и дефицитарных расстройств, наличие и степень декомпенсации сопутствующих соматических заболеваний) факторы, способствующие увеличению частоты и продолжительности госпитализаций больных органическими психическими расстройствами с сопутствующей соматической патологией. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2011. — № 2 (27). — С. 18-21).

I.D. Spirina, S.F. Leonov, S.V. Rokutov, T.I. Shusterman, A.E. Nikolenko, T.V. Mozolyuk

RISK FACTORS INCREASING FREQUENCY AND DURATION OF HOSPITALIZATION OF OLD PATIENTS WITH ORGANIC MENTAL DISORDERS WITH CONCOMITANT SOMATIC PATHOLOGY

Dnipropetrovsk State Medical Academy, Dnipropetrovsk Clinical Psychiatric Hospital*

The study revealed the social and psychological factors (disturbance of relationships with microsocial environment), material and living (lack of financial support, poor living conditions) and clinical (certain features of the manifestations of productive and deficit disorders, the presence and degree of decompensation of associated somatic disorders) factors contributing to increased frequency and duration of hospitalization of patients with organic mental disorders with concomitant somatic pathology. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2011. — № 2 (27). — P. 18-21).

Література

1. Абрамов В.А., Жигулина И.В., Ряполова Т.Л. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией: монография. — Донецк: Каштан, 2009. — 584 с.
2. Виленский Б.С. Инсульт. СПб.: Ин-т развития бизнеса, фирма «Сандра», 1999. — 336 с.;
3. Данилов Ю.М. Семейные отношения психически больных позднего возраста (в связи с задачами вторичной психопрофилактики). Автореф. дисс... канд. мед. наук. — Л., 1984.
4. Кузьменко В.М. Распространенность и некоторые особенности профилактики цереброваскулярных заболеваний у лиц разного возраста // Пробл. старения и долголетия. 2001. — т. 10, № 4. — С. 401-409.
5. Марута Н.О. Організація роботи поліпрофесійної бригади при наданні психіатричної допомоги в Україні // Український вісник психоневрології. — Т. 19 вип. 1(66). — 2011. — С. 34—36.
6. Напрями розвитку реабілітаційної геронтопсихіатричної допомоги в Україні / Табачников С. І., Чайковська В. В., Черкасов В. Г. та ін. // Медичинські дослідження. — 2001. — Т. 1, вип. 1. — С. 21—22.
7. Петрюк П. Т. Психические расстройства в пожилом возрасте // Возрастная нейропсихология и нейропсихиатрия: Материалы научно-практической конференции с международным участием.

— Киев, 2007. — С. 77—78.

8. Полищук Ю.И. Актуальные вопросы пограничной геронтопсихиатрии // Социальная и клиническая психиатрия.- 2006.- №.- С. 12-16.
9. Скворцова В.И. Артериальная гипертензия и цереброваскулярные нарушения/Скворцова В.И., Соколов К.В., Шамалов Н.А. //Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова.-2006.-Т.106, N11.- С.57-65.
10. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні / [Жданова М. П., Голубчиков М. В., Волошин П. В., Марута Н. О. та ін.]. — Київ; Харків, 2010. — 160 с.
11. Факторы риска частоты и длительности госпитализаций психически больных позднего возраста. / Друзь В.Ф., Будза В.Г., Олейникова И.Н. и др. <http://www.visma.ac.ru/publ/vesti/035/site/index14.html>
12. Хобзей, М. К. Соціально-орієнтована психіатрична допомога в Україні: проблеми та рішення / Хобзей М. К., Волошин П. В., Марута Н. О. // Український вісник психоневрології. — Т. 18, вип. 3(64). — 2010. — С. 10—14.
13. Miller M.D., Lenze E.J., Dew M.A. et al. Effect of cerebrovascular risk factors on depression treatment outcome in later life // Am J Geriatr Psychiatry.-2002.- Vol.10, N5.-P.592-598.

Поступила в редакцию 16.05.2011