

Гендерные и клинические особенности диспансерного контингента одиноко проживающих психически больных позднего возраста

Друзь В.Ф.¹, Олейникова И.Н.², Чалая Е.Б.¹, Демьянова О.А.¹.

¹ Оренбургский государственный медицинский университет. Кафедра психиатрии и медицинской психологии, г. Оренбург, Россия; e-mail:

Osmirko88@mail.ru, 261007@bk.ru

² Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1, г. Оренбург, Россия

Введение

Постарение населения (Кишкун А.А., 2008) неуклонно ведет к увеличению психически больных позднего возраста (Гаврилова С.И., Калын Я.Б., 2009). Среди них доля одиноких составляет 1/3 (Друзь В.Ф., Олейникова И.Н., 2000). Эти больные относятся к группе повышенного риска в отношении социальной дезадаптации (Барков И.Н., 1985), уровень которой, в частности, зависит от гендерных факторов (Друзь

В.Ф., Олейникова И.Н., 2015). Между тем специально гендерные особенности данного контингента больных и их связь с клиническими факторами не изучалась.

Цель работы: определение гендерных особенностей одиноко проживающих пожилых и старых психически больных, а также выявление их связи с клиническими факторами.

Этапы исследования

Работа проводилась в два этапа. На первом определялись клиническая структура диспансерного контингента одиноко проживающих психически больных позднего воз-

раста и их гендерные особенности. На втором – выявлялась связь между клиническими и гендерными факторами.

Результаты и обсуждение

На первом этапе обследованы 235 одиноко проживающих больных в возрасте 60 лет и старше, наблюдавшихся на двух участках психоневрологического диспансера, зарегистрированные на определенную календарную дату. Среди больных

значительно преобладали женщины. Их соотношение с мужчинами составило 3,7:1 (50 мужчин – 21,3% и 185 женщин – 78,7%). Возраст пациентов к моменту наблюдения варьировал от 60 до 86 лет, средний возраст $67 \pm 1,8$ года. Преобладали

больные пресенильного возраста (60-75 года). Их доля близка к 3/4 (71,1%), намного меньше было пациентов сенильного возраста (старше 75 лет) – немногим более 1/4 (28,9%). Более половины больных было в возрасте 60-69 лет – 126 человек (53,9%), около половины – в возрасте 70-79 лет – 96 человек (40,9%) и незначительная доля приходилась на пациентов в возрасте 80 лет и старше – 13 человек (5,5%). Продолжительность одинокого проживания варьировала от 1 до 38 лет (средняя – $14,6 \pm 1,8$ года). Возраст начала заболевания колебался от 22 до 73 лет. В молодом и зрелом возрасте, т.е. до 45 лет (119 чел. – 50,6%) и в позднем возрасте – 45 лет и старше (116 чел – 49,4%) заболело практически одинаковое количество больных. Длительность заболевания составила от 1 до 43 лет (в среднем $19,7 \pm 1,9$ года).

В нозологической структуре преобладали больные шизофренией (F20 - F25 – 42,1%). Почти в 2 раза реже встречались больные сосудистыми заболеваниями головного мозга (F01, F06, F07 – 24,3%). Третье и четвертое места занимали пациенты с экзогенно-органическими (F06, F07 – 12,8%) и эндогенными аффективными (F31, F32 – 11,5%), значительно реже наблюдались больные эпилепсией (G40, F06, F07 – 4,2%). Еще реже и с одинаковой частотой – больные с эндогенно-органическими (атрофическими) заболеваниями (F00, F02 – 2,1%) и психогениями в форме невротического (депрессивного и истерического) развития личности (F34.1, F44.7 – 2,1%), и реже всех – пациенты с инволюционным параноидом (F22.8 – 0,9%).

Ведущими в клинической картине чаще всего были бредовые и галлюцинаторно-бредовые синдромы (26,4%), на втором и третьем местах по частоте располагались психопатоподобные (16,6%) и депрессивные (15,7%), далее, в порядке убывания, следовали психоорганические (13,6%), апато-абулические (11,9%), невротические и неврозоподобные (9,8%), деменции (6%).

Поскольку важное значение для течения психических расстройств и социальной адаптации у больных преклонного возраста имеет соматическое состояние, мы исследовали его. У половины больных наблюдалась умеренно выраженная декомпенсация (49,4%), реже отмечались компенсация и субкомпенсация (28,9%), а также выраженная и тяжелая декомпенсация (21,7%), т.е. у более 2/3 больных (71,7%) имелась серьезная соматическая патология ($p < 0,001$).

На втором этапе исследования – выявление связи заболеваний с полом показало, что среди мужчин достоверно чаще встречались больные шизофренией (58% и 37,8%, $P < 0,01$) а среди женщин – больные сосудистыми заболеваниями (28,1% и 10%, $P < 0,001$) и психогениями (2,7% и 0, $P < 0,05$). Остальные нозологические формы отмечались примерно с одинаковой частотой (различия не достигали статистической значимости) у мужчин и женщин.

Сравнение синдромальной картины заболеваний у мужчин и женщин выявило достоверное различие только по невротическим и неврозоподобным синдромам, которые чаще отмечались у женщин (11,9% женщин и 2% мужчин, $p < 0,01$). В остальных случаях можно

говорить о тенденции к более высокому удельному весу больных с психопатоподобными, психоорганическими, апатобулическими состояниями и деменциями у мужчин и параноидными, депрессивными, невротическими и неврозоподобными у женщин.

Наметившаяся тенденция становится закономерностью при сравнении негативных и позитивных расстройств в целом: у одиноких мужчин преобладали дефицитарные (психопатоподобные, психоорганические, апатобулические и деменции - 64% против 43,7%), а у женщин – продуктивные (параноидные, депрессивные, невротические и неврозоподобные - 56,3% и 36% соответственно, $p < 0,01$). Это свидетельствует о доминировании более легкого регистра психических расстройств у одиноких женщин по сравнению с одинокими мужчинами.

Исследуя связь соматического состояния с полом, определили, что оно было лучше у мужчин: достоверно выше удельный вес больных с компенсацией и субкомпенсацией (42% мужчин и 25,4% женщин, $p < 0,05$) и ниже доля пациентов с умеренно выраженной декомпенса-

цией (53,5% женщин и 34% мужчин, $p < 0,05$). Больные с выраженной и тяжелой декомпенсацией в обеих группах встречались примерно с одинаковой частотой. Этот факт на первый взгляд противоречит установленному представлению о лучшем соматическом состоянии женщин, особенно одиноких, в позднем возрасте (Шахматов, 1996). Однако следует учесть, что продолжительность жизни мужчин меньше и многие из них не доживают до позднего возраста или, став одинокими повторно вступают в брак. Об этом свидетельствует в частности значительное преобладание в нашей выборке женщин (в 3,7 раза). В связи с этим можно предположить, что до позднего возраста доживают наиболее здоровые в физическом отношении мужчины, которые на этом этапе онтогенеза, будучи одинокими, сохраняют относительно удовлетворительное здоровье. Возможно, в этих случаях одинокий образ жизни не влияет отрицательно на соматическое состояние и даже оказывает протекторную роль, что вероятно связано с клиническим фактором – преобладание среди мужчин больных шизофренией с резидуальной симптоматикой.

Заключение

Таким образом, для одиноко проживающих психически больных позднего возраста характерно значительное преобладание женщин. Установлена связь клинических проявлений с гендерными показателями. Среди одиноких мужчин преобладали больные шизофренией и пациенты с дефицитарными синдромами. У одиноких женщин чаще наблюдались сосудистые заболевания и психогении, а также продуктивные синдромы. Соматическое состояние было лучше у одиноких мужчин, чем у одиноких женщин.

Полученные данные необходимо использовать при разработке программы медико-социальной помощи одиноко проживающим психически больным позднего возраста.

Gender and clinical features of the dispensary living-alone geriatric psychiatric patients' contingent

V.F. Druz, I.N. Oleinikova, E.B. Chalaya, O.A. Demyanova

1 Orenburg State Medical University. Department of Psychiatry and Medical Psychology, Orenburg, Russia; e-mail: Osmirko88@mail.ru, 261007@bk.ru

2 Orenburg Regional Clinical Psychiatric Hospital No. 1, Orenburg, Russia