

ФАКТОРЫ ЛЕТАЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В ГОРОДЕ МОСКВЕ (2007-2013 ГОДАХ)

Щепин В.О.,

доктор медицинских наук, заместитель директора по научной работе,
ФГБУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья» РАМН,
anton04083@yandex.ru

Масякин А.В.,

Соискатель, ФГБУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья» РАМН,
MasyakinAnton@yandex.ru

Аннотация. Изучены и статистически обработаны материалы архива психиатрических больниц г.Москвы за период с 2007 по 2013 г., касающиеся 296 умерших больных шизофренией. Описаны социо-демографические и клинико-терапевтические факторы летальности больных шизофренией. Полученные данные свидетельствовали о частом семейном и социальном неблагополучии скончавшихся больных шизофренией; к неблагоприятным клинико-терапевтическим факторам можно отнести кататоническую форму шизофрении и приступообразно-прогредиентный тип течения, длительность заболевания свыше 10 лет, стойкую утрату трудоспособности, экстренную госпитализацию в стационар, полипрагмазию.

Ключевые слова: психические расстройства, смертность, шизофрения, неблагоприятный прогноз.

FACTORS OF MORTALITY OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA IN MOSCOW (2007-2013, RESPECTIVELY)

V. O. Schepin, A. V. Masyakin

National Research Institute of Public Health

Abstract. The author has studied the case histories of 296 deceased schizophrenic patients in the archives of the psychiatric hospitals of Moscow, during the period 2007-2013. He describes socio-demographic conditions and clinical and therapeutic factors of morbidity of schizophrenic patients. It was demonstrated that the family and social disadvantages, catatonic and shift-like schizophrenia, duration of a disease more than 10 years, permanent occupational disability, urgent hospitalization, polypragmasy can be pejorative forecast for schizophrenic patients.

Keywords: mental disorders, mortality, schizophrenia, pejorative forecast.

Актуальность

Анализ данных отечественной и зарубежной литературы показывает, что смертность больных шизофренией в силу естественных причин выше, чем в общей популяции в 1,5-3 раза [Osby и соавт., 2000; Joukamaa и соавт., 2001; Laursen T.M., Nordentoft M., 2011; Saha S., 2007; Lawrence D., Kisely S., Pais J., 2010; Менделевич Б.Д., Куклина А.М., 2012]. У больных с хроническими психическими расстройствами могут отмечаться различные факторы риска, ухудшающие состояние здоровья и предрасполагающие к развитию соматических нарушений [Jeste D.V., 1996; Carney C.P. et al, 2006; Жукова О. А. и др., 2011]. Повышенная соматическая уязвимость может быть связана как с общепопуляционными факторами, так

и с длительной терапией антипсихотиками. К наиболее релевантным факторам риска больничной смертности Schoepf D. et al (2013) и Crump C. et al (2013) отнесли сердечно-сосудистые и онкологические заболевания, сахарный диабет обоих типов и связанные с ним микро- и макрососудистые осложнения, ХОБЛ и их инфекционные респираторные осложнения, железодефицитную анемию, неспецифическую почечную недостаточность, ишемический инсульт и алкогольную болезнь печени, а также паркинсонизм.

Своевременное выявление и коррекция факторов риска необходимо для организации профилактических мероприятий, направленных на увеличение продолжительности жизни этих пациентов.

Целью настоящей работы являлось изучение комплекса социо-демографических и клинико-терапевтических факторов, сопряженных с летальностью больных шизофренией в г. Москве с 2007 по 2013 г., для выявления наиболее значимых и управляемых.

Материалы и методы

В исследовании использовалась архивная медицинская документация больных, проходивших стационарное лечение в психиатрических больницах г. Москвы (Психиатрическая клиническая больница №1 им Н. А. Алексеева, Психиатрическая клиническая больница №15) с диагнозом шизофрения и умерших в стационаре в количестве 296 человек. Анализировались истории болезни и протоколы вскрытия.

Результаты

Соотношение умерших мужчин и женщин в исследуемой выборке составило 1,7:1 (63,5% и 37,5% соответственно).

Средний возраст смерти больных шизофренией составил 61,3 года; самый ранний случай летальности наблюдался в 20 лет, самый поздний – в 87 лет. Наиболее высокие показатели летальности наблюдались в среднем и пожилом возрасте (с 45 до 74 лет), на этот период

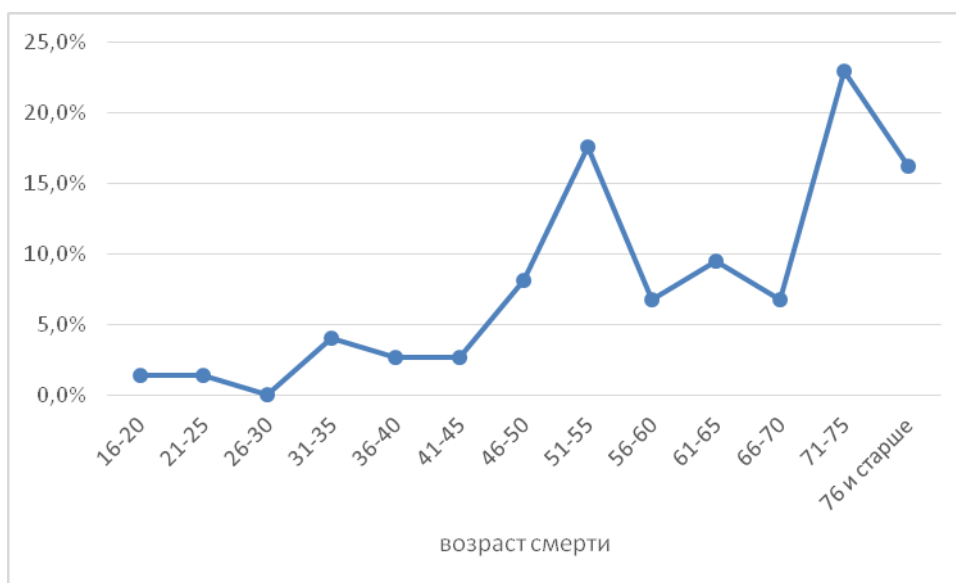
пришлось 70,3% умерших (диаграмма 1). Соотношение числа умерших до и после 45 лет составило примерно 7:1 (87,9% и 12,1% соответственно). Пики летальности приходились на возрастные периоды 51-55 лет и 71 год и старше, что может быть связано как с длительностью течения психического расстройства, так и с накоплением негативных факторов, способствующих развитию коморбидных соматических заболеваний.

Важным аспектом благополучия является микросоциальное окружение, микроклимат в семье, поддержка со стороны «значимых других». Согласно данным о семейном положении на момент последнего поступления в стационар, только 52 человека (17,6%) состояли в браке; 46,6% обследованных никогда не были замужем/женаты, 17,6% были разведены один или более раз. 20,3% обследованных являлись вдовцами (вдовами). В трети случаев (33,8%) больные проживали одиноко, с родителями, зачастую престарелыми. 39,2% пациентов проживали с супругом/супругой и/или детьми; в большинстве остальных случаев обследованные жили с близкими родственниками (24,3%).

Конфликтные либо формальные отношения в семье встречались в 52,7% случаев, имело место отвержение больного, недостаточная забота в связи с отстраненностью либо немощностью родственников (напри-

Диаграмма 1

Возрастные особенности летальности больных шизофренией



мер, престарелых родителей). 20,3% больных не только проживали отдельно от родственников, но и не имели близких либо не поддерживали с ними отношения.

Из данных анамнеза были выявлены следующие особенности социальных контактов и ближайшего окружения скончавшихся больных шизофренией: большинство больных испытывали дефицит социальных контактов. 63,2% среди всех обследуемых имели круг общения, ограниченный только семейным окружением, либо вовсе замыкались в себе. Из них 33,5% пациентов были пассивны, вступали во взаимодействие либо по настойчивой инициативе родных, либо для удовлетворения своих жизненных потребностей. Широкий круг общения наблюдался всего у 2,7%.

19,3% выборки составляли одинокие больные с дефицитом социальной вовлеченности. Чаще всего причинами одиночества были смерть супруга или родных, развод и отделение взрослых детей от семьи, отказ родственников, друзей, соседей и коллег контактировать с больными из-за их бредового или психопатоподобного поведения.

Особенности течения психического заболевания наряду с коморбидной патологией и характер получаемой в течение жизни психиатрической помощи и реабилитации являются важными факторами смертности от душевных расстройств. При изучении анамнеза больных шизофренией, умерших в стационаре в интересовавший нас период времени, было выявлено, что у 77% пациентов отмечалась параноидная форма шизофрении (F20.0), в 13,5% случаев – кататоническая (F20.2). Высокая представленность кататонической формы среди умерших в стационаре пациентов, отмечающейся в среднем лишь у 1-3% больных шизофренией ($p < 0,05$), может указывать на неблагоприятный прогноз таких пациентов в отношении летальности. Шизотипическое расстройство (F21) отмечалось в 5,4% случаев. Шизоаффективное расстройство (F25) – у 4,1% пациентов.

По типам течения заболевания (согласно классификации А.В.Снежневского, 1960, 1969) обследованная выборка распределилась следующим образом: непрерывный тип течения был характерен для 21,6% больных, приступообразно-прогредиентный (шубообразный) – для 75,7%, рекуррентный тип течения отмечался в 2,7% случаев. Соотношение вариантов течения в общей популяции больных шизофренией значительно отличается от вы-

шеприведенного: непрерывнотекущая составляет около 56,0%, приступообразно-прогредиентная – 24,9%, рекуррентная – 19,1% (Жариков Н. М., 1977).

В подавляющем большинстве случаев длительность психического расстройства составляла свыше 10 лет (77%), у 12,2% больных – 6-10 лет.

Более чем две трети пациентов (67,6%) имели группу инвалидности по психическому, а 18,9% – по соматическому заболеванию. Подавляющее большинство больных со стойкой утратой трудоспособности имело вторую группу инвалидности (64,9% и 17,9% случаев соответственно). В четверти случаев (25,7%) пациенты поступали в стационар, будучи уже недееспособны.

Только треть вошедших в исследуемую выборку больных шизофренией (32,4%) при жизни наблюдались у участкового психиатра. В большинстве случаев пациенты обращались по клиническим показаниям в связи с ухудшением психического состояния, необходимостью коррекции схемы терапии. Регулярную психотерапевтическую помощь не получал никто. Наиболее распространенным методом психиатрической помощи была госпитализация в специализированный стационар: 24,3% пациентов госпитализировались в среднем 1 раз в 3-4 года, 19,9% – 1 раз в 2-3 года, 29,4% – раз в год и чаще. Для 16,2% больных последняя госпитализация являлась повторной в текущем году.

В течение 3 мес. до последней госпитализации больные получали преимущественно нейролептическую антипсихотическую терапию, в большинстве случаев это были типичные нейролептики либо нейролептики в сочетании с другими психотропными средствами (антидепрессанты, нормотимики, ноотропы, транквилизаторы).

При поступлении в стационар пациентам с шизофренией в большинстве случаев назначались типичные нейролептики (61,2%), еще у 23,3% больных они комбинировались с атипичными антипсихотиками. 9,5% пациентов не получали нейролептики или другие психотропные препараты вовсе.

В 28% случаев в дополнение к антипсихотической терапии требовалось назначение транквилизаторов. Почти у трети пациентов (31,4%) была зарегистрирована полипрагмазия с назначением 3 и более антипсихотиков.

Для большинства пациентов (85,5%) последняя госпитализация была экстренной, преимущественно по скорой медицинской помощи (СМП) – 33,1% слу-

чаев. 22,3% больных были направлены из ПНД, 18,6% - доставлены родственниками. Самообращение наблюдалось только в 8,8% случаев, что может косвенно свидетельствовать о низкой критике к своему состоянию.

Плановые госпитализации осуществлялись преимущественно по направлению ПНД, РВК, кафедры (8,1%); 3,7% больных были переведены из соматического стационара.

В 63,9% случаев смерть наступила менее чем через месяц с момента поступления в стационар.

В табл. 1 представлены данные о сопутствующей хронической соматической патологии и причинах смерти больных шизофренией в стационаре.

К наиболее распространенным в исследуемой выборке коморбидным расстройствам относились болезни сердечно-сосудистой системы (79,7%), болезни системы пищеварения (31,1%) и мочеполовой системы (28,4%), эндокринная патология (сахарный диабет, ожирение – 24,3%). При этом гастроинтестинальные, урологические и эндокринные расстройства ни разу не выступали в качестве непосредственной причины смерти. Структура сопутствующей патологии системы кровообращения также отличалась от структуры причин летальности: так, артериальная гипертония наблюдалась у 50,3% пациентов, однако не являлась причиной смерти. ХИБС отмечалась в 36,5% случаев, непосредственно приводя к смерти лишь у 14,2% больных. По-видимому, соматическая патология, не несущая непосредственной угрозы для жизни, тем не менее может создавать неблагоприятный соматический фон, истощая адаптационные системы организма. В отношении заболеваний дыхательной системы особое внимание стоит обратить на наличие хронических обструктивных болезней легких (ХОБЛ), к которым в настоящее время относят хронический обструктивный бронхит, вторичную эмфизему легких, пневмосклероз, легочную гипертензию, хроническое легочное сердце (А.Р. Татарский и др., 2004). ХОБЛ наблюдались у 16,6% больных в стационаре.

В 13,5% случаев соматический диагноз был установлен до развития психического заболевания, у 47,3% коморбидное соматическое расстройство развивалось уже после начала терапии шизофрении.

Наиболее распространенные соматические заболевания, приводящие к летальности больных шизоф-

рений, относятся к классам болезней системы кровообращения, органов дыхания и злокачественных новообразований.

Обсуждение

Согласно полученным данным, с 45 лет наблюдался резкий рост внутрибольничной смертности больных шизофренией. Основные пики летальности приходились на возрастные периоды 51-55 лет и 71 год и старше. Наиболее типичной для исследуемой выборки скончавшихся в стационаре больных была параноидная форма шизофрении с длительным, приступообразно-прогредиентным типом течения, приводящая к стойкой утрате трудоспособности; кататоническая форма шизофрении наблюдалась значительно чаще, чем в общей популяции больных шизофренией.

Получены данные свидетельствовали о частом семейном неблагополучии пациентов, следствием чего могла являться их устойчивая социальная дезадаптация. Наблюдалась значительная доля не имеющих семьи и проживающих одиноко пациентов, что, в сочетании с ограничением социальных контактов, могло приводить к недостаточно внимательному отношению к возможным соматическим расстройствам больных, ограничивать обращаемость за медицинской помощью. Внутри семей были распространены недоброжелательные и дисфункциональные отношения, как правило, связанные с ситуацией хронического стресса у членов семьи, связанной с бременем проживания с больным родственником и ухода за ним, чувством вины по отношению к больному, тенденцией таких семей к социальной изоляции.

Больные получали преимущественно стационарную помощь, состояние большинства при последнем поступлении было тяжелым, требовавшим экстренной госпитализации; в 63,9% случаев смерть наступила менее чем через месяц с момента поступления в стационар. Основой фармакотерапии пациентов являлись типичные нейролептики, почти в трети случаев была распространена полипрагмазия с назначением трех и более антипсихотиков. Структура сопутствующей соматической патологии у умерших в стационаре больных шизофренией отличалась от структуры непосредственных причин летальности. В большинстве случаев соматическое расстройство

Сопутствующая хроническая соматическая патология и причины смерти больных шизофренией в стационаре

Характер патологии	Сопутствующая соматическая патология		Непосредственная причина смерти	
	Абс. знач.	%*	Абс. знач.	%
Болезни органов дыхания	58	19,59%	40	13,51%
Пневмония	-	-	36	12,16%
ХОБЛ	49	16,55%	4	1,35%
Туберкулез	12	4,05%	0	0%
Плеврит	14	4,73%	0	0%
Болезни системы кровообращения	236	79,73%	221	74,66%
ИМ	-	-	144	48,65%
ХИБС	108	36,49%	42	14,19%
ДКМП	12	4,05%	12	4,05%
АГ	149	50,34%	0	0%
ЦВБ	13	4,39%	0	0%
Сосудистая деменция	10	3,38%	1	0,34%
ОНМК	-	-	8	2,70%
ВСС	-	-	9	3,04%
ТЭЛА	-	-	6	2,03%
Болезни системы пищеварения	92	31,08%	0	0%
Болезни мочеполовой системы	84	28,38%	0	0%
Злокачественные новообразования	36	12,16%	27	9,12%
ЖКТ	11	3,72%	9	3,04%
легких	12	4,05%	11	3,72%
прочие	13	4,39%	7	2,36%
Эндокринные заболевания	72	24,32%	0	0%
СД	36	12,16%	0	0%
ожирение	24	8,11%	0	0%
прочие	20	6,76%	0	0%
ЖДА	16	5,41%	0	0%
Прочие	20	6,76%	7	2,36%

* Сумма превышает 100%, так как у одного пациента могло наблюдаться несколько коморбидных соматических заболеваний

развивалось уже после начала антипсихотического лечения.

Выводы

К неблагоприятным социо-демографическим и клиничко-терапевтическим факторам можно отнести дисфункциональные семейные отношения, ограничение социальных контактов, кататоническую форму шизофрении, длительность заболевания свыше 10 лет,

стойкую утрату трудоспособности, низкую обращаемость за амбулаторной психиатрической помощью, отсутствие психотерапевтической поддержки, экстренную госпитализацию в стационар, полипрагмацию. Наличие коморбидной соматической патологии, включая болезни сердечно-сосудистой, пищеварительной и мочеполовой системы, а также эндокринные расстройства, является фактором риска даже в случае отсутствия непосредственной угрозы для жизни.

Список литературы

1. Жукова О. А., Кром И. Л., Барыльник Ю. Б. Современные подходы к оценке качества жизни больных шизофренией // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. №3. С.676-680.
2. Менделевич Б. Д., Куклина А. М. К вопросу о распространенности соматической патологии среди пациентов, страдающих психическими расстройствами // Казанский мед.ж.. 2012. №3. С.532-534.
3. Татарский А.Р., Бабак С. Л., Кирюхин А. В., Баскаков А. В. Хроническая обструктивная болезнь легких // CONSILIUM MEDICUM. — 2004. — Т. 6. — №4.
4. Carney C.P., Jones L, Woolson R.F. Medical comorbidity in women and men with schizophrenia: a population-based controlled study // Department of Internal Medicine: USA. — 2006. — Vol. 21. — P. 1133-1137.
5. Crump C, Winkleby MA, Sundquist K, Sundquist J. Comorbidities and mortality in persons with schizophrenia: a Swedish national cohort study // Am J Psychiatry. 2013 Mar 1;170(3):324-33.
6. Jeste D.V., Gladsjo J.A., Lindamer L.A., Lacro J.P. Medical comorbidity in schizophrenia // Schizophr. Bull. — 1996. — Vol. 22. — P. 413-430.
7. Joukamaa M, Heliovaara M, Knekt P, Vaara H, Aromaa A, Raitasalo R, et al. (2006) Schizophrenia, neuroleptic medication and mortality. Br J Psychiatry 188: 122–127.
8. Laursen T.M., Nordentoft M. Heart disease treatment and mortality in schizophrenia and bipolar disorder changes in the danish population between 1994 and 2006 // J. Psych. Res. — 2011. — V. 45. — P. 29—35.
9. Lawrence D., Kisely S., Pais J. The epidemiology of excess mortality in people with mental illness // Can. J. Psychiatry. — 2010. — V. 55, №12. — P. 752—759.
10. Osby U, Correia N, Brandt L. et al. Mortality and causes of death in schizophrenia in Stockholm county, Sweden // Psych. Res. — 2000. — Vol. 45. — P. 21-28.
11. Saha S., Chant D., McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? // Arch. Gen. Psychiatry. 2007. Vol. 64. P. 1123-1131.
12. Schoepf D, Uppal H, Potluri R, Heun R. Physical comorbidity and its relevance on mortality in schizophrenia: a naturalistic 12-year follow-up in general hospital admissions // Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2013 Aug 13.