

ФАКТОРЫ РИСКА СМЕРТНОСТИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ (ПО ДАННЫМ ЛИТЕРАТУРЫ)

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. В статье приводится обзор основных отечественных и зарубежных работ, посвященных структуре смертности больных шизофренией и изучению факторов риска; описаны современные тенденции организации профилактических мероприятий, направленных на снижение частоты летальных исходов.

Ключевые слова: психические расстройства, смертность, заболеваемость, шизофрения

RISK FACTORS FOR MORTALITY IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND RECOMMENDATIONS ON THE ORGANIZATION OF PREVENTIVE MEASURES (ACCORDING TO THE LITERATURE)

V.O.Schepin, A.V.Masyakin

National Research Institute of Public Health

Abstract. The article contains the literature review of most relevant literary sources from over the world which describe the epidemiology of excess mortality in people and major risk factors. Most recent trends of mortality preventive measures are described.

Keywords: mental illness, mortality, morbidity, schizophrenia

Рост смертности больных шизофренией не только негативно отражается на общественном здоровье, но и приводит к весомым социальным и экономическим потерям (14). До 40% случаев смертности среди больных шизофренией приходится на самоубийства, насильственную смерть и несчастные случаи. В структуре смертности от естественных причин преобладают болезни системы кровообращения и онкологические заболевания (18, 20, 24, 28, 38), причем значимость кардиальной патологии неуклонно возрастает (5, 8).

Смертность при шизофрении превышает общую смертность в популяции за счет ряда факторов, как специфических для психически больных, так и рисков общего характера:

- нездоровый образ жизни, включающий не оптимальное питание, курение, гиподинамию и др. (11, 22, 26);
- стрессовые нагрузки, ухудшение самообслуживания, снижение показателей качества жизни и социального функционирования пациентов с шизофренией (7, 11, 13, 16, 46);
- несоблюдение режима фармакотерапии, финансовые сложности и ограничения в доступности медицинской помощи (46);
- низкая эффективность выявления и коррекции соматических нарушений, трудности в обращении за медицинской помощью (2, 9, 15, 34, 36);
- высокий риск суицида и насильственной гибели (21, 31).

Ряд вопросов остается дискуссионными, в частности, роль психоактивных веществ и побочных эффектов нейролептической терапии в повышении риска смертности при шизофрении. В некоторых работах было показано, что употребление наркотических средств ассоциировано с увеличением смертности среди больных шизофренией (17). Однако в большинстве современных обзоров не выявлено значимой взаимосвязи между уровнем смертности и употреблением алкоголя или наркотиков (34, 40). 10-летнее проспективное исследование 3434 больных шизофренией выявило, что прием наркотиков вдвое повышает риск суицида ($p < 0.003$), а алкоголь не оказывает подобного влияния (34). Исследование влияния употребления ПАВ на летальность у 762 больных с психотическими расстройствами в течение 4-10 лет показало, что прогностический риск летального исхода снижался у потребителей каннабиса ($p = 0.005$); прием алкоголя не оказывал влияния на смертность (32).

В литературе показано, что наличие психической патологии и антипсихотическая терапия часто маскируют соматические нарушения. Было выдвинуто предположение, что изменение структуры летальности от шизофрении в последние годы обусловлено канцерогенным, аллергизирующим и кардиотоксическим действием нейролептических препаратов при длительном приеме (3, 4). В ряде отечественных и зарубежных исследований говорится о развитии ассоциированных с терапией антипсихотиками факторов риска заболеваний сердечно-сосудистой системы, таких как повышение веса тела и патологические сдвиги биохимических параметров гомеостаза (3, 4, 10, 25, 33, 37). Большая часть приведенных исследований относится к периоду преимущественного применения типичных нейролептиков, однако данные о побочных эффектах атипичных нейролептиков также присутствуют в литературе: описывается более значимое ухудшение здоровья при применении нейролептических средств второго поколения (1), а также равное повышение риска внезапной сердечной смерти у больных шизофренией при приеме как типичных, так и атипичных нейролептиков (39, 44). Обзор литерату-

ры и мета-анализ выявил, что при шизофрении прием атипичных антипсихотиков повышает риск развития диабета сильнее, чем типичных (43). С другой стороны, 11-тилетнее исследование длительной терапии нейролептиками, проведенное в Финляндии, не выявило повышения риска сердечно-сосудистых заболеваний или смертности (54). Американское исследование больных шизофренией (1920 чел.) по сравнению с психически здоровой контрольной группой (9600 чел.) также выявило обратную корреляцию между интенсивностью применения антипсихотиков и риском инфаркта миокарда (27).

В современной литературе выделяется ряд направлений организации профилактических мероприятий для предотвращения смертности больных шизофренией.

Рекомендуется определение иерархии медико-социальных факторов риска, своевременное их выявление и устранение на всех уровнях оказания психиатрической помощи (6).

Выделяются наиболее проблемные группы больных шизофренией: пациенты с неустойчивой трудовой адаптацией, нарушениями в сферах социального функционирования, одинокие больные, часто госпитализирующиеся больные (12).

Считается, что многие смертельные исходы при шизофрении можно предупредить за счет повышения эффективности диагностики и терапии соматической патологии и коррекции управляемых факторов риска, к которым относятся высокое артериальное давление, курение, высокий уровень глюкозы в крови, гиподинамия, ожирение и повышение холестерина (19, 47). Стратегия раннего выявления и своевременной медицинской и психосоциальной коррекции факторов риска рекомендуется уже при первом психотическом эпизоде, улучшает течение заболевания и долгосрочный прогноз, минимизирует негативные социальные последствия для пациента, его окружения и общества в целом (42). Необходимо наладить координацию действий между психиатрами и врачами первичного звена оказания медицинской помощи в случаях коморбидных состояний (23). Как правило, эти больные самостоятельно не предъявляют сомати-

ческие жалобы и не завершают назначенные обследования, в связи с чем необходимо более внимательное отношение как специалистов, так и родственников пациентов к этому контингенту (15).

К наиболее релевантным факторам риска повышенной смертности при шизофрении относят 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. Необходим своевременный мониторинг и терапия этих состояний, а также экстрапирамидной симптоматики (24, 41).

Есть мнение о необходимости снижения преморбидной болезненности у пациентов с шизофренией, отдельно отмечая повышение у этого контингента частоты встречаемости ВИЧ и инфекционных гепатитов (29).

Вносится ряд предложений по оптимизации помощи больным шизофренией с сопутствующей кардиологической патологией, включая повышение кардио-диагностических мощностей в психиатрических больницах, активное выявление жалоб и факторов риска ИБС, проведение мероприятий по коррекции имеющих факторов риска (2).

Отдельным профилактическим направлением является снижение риска суицидальных попыток за счет активной терапии коморбидных аффективных нарушений и продуктивной психотической симптоматики, коррекции неправильного применения лекарственных препаратов, повышения комплаентности и усиления мониторинга пациентов с высоким риском суицида, особенно в периоды госпитализации (30, 31, 45).

Предлагаемые меры профилактики и снижения частоты летальных исходов по большей части носят общий и неспецифичный характер.

Список литературы

1. Абрамова Л. И. К вопросу физического здоровья больных шизофренией в условиях нейролептической терапии // Современная терапия в психиатрии и неврологии. - 2012. - №2. - С.5-9.
2. Бочарова М. В. Течение ишемической болезни сердца у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра: Дисс. ... канд. Мед. наук: - М.: 2007. – 139 с.
3. Волков В.П. Соматическая патология и причины смерти при шизо-френии. // Журн. неврол. психиат. - 2009. - Т. 109, №5. - С. 14-19.
4. Волков В.П. Кардиотоксичность фенотиазиновых нейролептиков (обзор литературы) // Психиатр. психотерапия. 2010. №2. С. 41-45.
5. Волков В. П. Причины естественной смерти при шизофрении // «Теоретические и практические аспекты современной медицины»: материалы международной заочной научно-практической конференции. (8 апреля 2013 г.) — Новосибирск: Изд. «СибАК», 2013. — С 9-19.
6. Гатин Ф. Ф. Научное обоснование медико-социальной профилактики основных психических и поведенческих расстройств (медико-социальное и клинико-организационное исследование): дисс. ... д.м.н. – Казань, 2005. – 325 с.
7. Денисов Е. М. Социальное функционирование и качество жизни женщин, страдающих шизофренией, в зависимости от длительности болезни // Журнал психиатрии и медицинской психологии. - 2002. - №1 (9). - С. 67-71.
8. Джонс П.Б., Бакли П.Ф. Шизофрения: клиническое руководство / пер с англ. / под общ. ред. проф. С.Н. Мосолова. М.: МЕДпресс-информ, 2008. — 192 с.
9. Дробижев, М.Ю. Нозогенные (психогенные) реакции при соматических заболеваниях: автореф. дис. ... д.м.н. / М.Ю. Дробижев. — М., 2000. — 38 с.

10. Дробижев М.Ю. Кардиологические аспекты проблемы переносимости и безопасности нейролептика // Психиатр. Психофармако-тер. 2004. №2. С. 60-68.
11. 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.
12. Краснов В.Н., Гурович И.Я., Мосолов С.Н., Шмуклер А.Б., Любов Е.Б., Костюкова Е.Г., Цукарзи Э.Э., Кузавкова М.В. Стандарты оказания помощи больным шизофренией. Московский НИИ психиатрии Росздрава. Под редакцией В.Н.Краснова, И.Я. Гуровича, С.Н.Мосолова, А.Б.Шмуклера. Москва, 2006 г.
13. Кузнецов С. В. Негативные расстройства, социальная адаптация больных шизофренией и лечебно-реабилитационные вопросы (научный обзор) // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2010. №3. С. 25.
14. Любов Е. Б., Ястребов В. С., Шевченко Л. С., Чапурин С. А., Чурилин Ю. Ю., Былим И. А., Гажа А. К., Доронин В. В., Косов А. М., Петухов Ю. Л., Фадеев П. Н. Экономическое бремя шизофрении в России // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. - №3. - С.36-42.
15. 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.
16. Шадрин В. Н. Адаптационные возможности и оценка качества жизни больных шизофренией (клинические и социальные аспекты): дис... канд. мед. наук. Томск, 2006. 219 с.
17. Allgulander C. (1989) Psychoactive drug use in a general population sample, Sweden: correlates with perceived health, psychiatric diagnoses, and mortality in an automated record-linkage study. *Am J Public Health* 79(8): 1006–1010.
18. Brown S. Excess mortality of schizophrenia. A meta-analysis // *D.J. Psychiatry*. 1997. V. 171. P. 502-508.
19. Brown S., Inskip H., Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia // *Br. J. Psychiatry*. - 2000. - V 177. - P 212-217.
20. Bushe C, Taylor M and Haukka J (2010) Mortality in schizophrenia – A measurable clinical endpoint. *J Psychopharmacol* 24(Suppl 4): 17–25.
21. Carlborg A, Winnerback K, Jonsson EG, Jokinen J, Nordstrom P. (2010) Suicide in schizophrenia. *Expert Rev Neurother* 10: 1153–1164.
22. 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.
23. Casey DA, Rodriguez M, Northcott C, Vickar G, Shihabuddin L. Schizophrenia: medical illness, mortality, and aging // *Int J Psychiatry Med*. 2011;41(3):245-51.
24. 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.
25. De Hert M., Dekker J.M., Wood D. et al. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and European Society of Cardiology (ESC) // *Eur. Psychiatry*. 2009. Vol. 24, N 6. P. 412-424.
26. Dipasquale S, Pariente CM, Dazzan P, Aguglia E, McGuire P, Mondelli V. The dietary pattern of patients with schizophrenia: a systematic review // *J Psychiatr Res*. 2013 Feb;47(2):197-207.
27. Enger C, Weatherby L, Reynolds RF, Glasser DB, Walker AM. Serious cardiovascular events and mortality among patients with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*. 2004;192:19–27.
28. Fors B.M., Isacson D., Binglefors K., Widerlov B. Mortality among persons with schizophrenia in Sweden: an epidemiological study // *Nord. J. Psychiatry*. 2007. Vol. 61. P. 252-259.

29. Goff DC, Cather C, Evins AE, Henderson DC, Freudenreich O, Copeland PM, Bierer M, Duckworth K, Sacks FM. Medical morbidity and mortality in schizophrenia: guidelines for psychiatrists // *J Clin Psychiatry*. 2005 Feb;66(2):183-94; quiz 147, 273-4.
30. Gómez-Durán EL, Martín-Fumadó C, Hurtado-Ruiz G. Clinical and epidemiological aspects of suicide in patients with schizophrenia // *Actas Esp Psiquiatr*. 2012 Nov-Dec;40(6):333-45.
31. Hor K, Taylor M. Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors // *J Psychopharmacol*. 2010 Nov;24(4 Suppl):81-90.
32. Koola MM, McMahon RP, Wehring HJ, Liu F, Mackowick KM, Warren KR, Feldman S, Shim JC, Love RC, Kelly DL. Alcohol and cannabis use and mortality in people with schizophrenia and related psychotic disorders // *J Psychiatr Res*. 2012 Aug;46(8):987-93.
33. 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.
34. Leucht S, Burkard T, Henderson J, et al (2007) Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 116: 317–333.
35. Limosin F, Loze JY, Philippe A, et al. (2007) Ten-year prospective follow-up study of the mortality by suicide in schizophrenic patients. *Schizophr Res* 94 (1–3): 23–28.
36. Mitchell AJ, Lord O. (2010) Do deficits in cardiac care influence high mortality rates in schizophrenia? A systematic review and pooled analysis. *J Psychopharmacology* 24(Suppl 4)69–80.
37. Montout C., Casadebaig F., Lagnaoui R. et al. Neuroleptics and mortality in schizophrenia: prospective analysis of deaths in a French cohort of schizophrenic patients // *Schizophr. Res*. 2002. Vol. 57. P. 147-156.
38. 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.
39. Ray W.A., Chung C.P., Murray K.T. et al. Atypical antipsychotic drugs and the risk of sudden cardiac death // *N. Engl. J. Med*. 2009. Vol. 360. P. 225-235.
40. 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.
41. 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.
42. Schuepbach D., Keshavan M.S., Kmiec J.A., Sweeney J.A. Negative symptom resolution and improvements in specific cognitive deficits after acute treatment in first-episode schizophrenia // *Schizophr. Res*. — 2002, Jan 15. — Vol. 53(3).-P. 249-261.
43. Smith S, Yeomans D, Bushe CJ, Eriksson C, Harrison T, Holmes R, et al. (2007) A well-being programme in severe mental illness. Baseline findings in a UK cohort. *Int J Clin Pract* 61: 1971–1978.
44. Straus S.M.J.M., Sturkenboom M.C.J.M., Bleumink G.S. et al. Noncardiac QTc-prolonging drugs and the risk of sudden cardiac death // *Eur. Heart J*. 2005. Vol. 26. P. 2007-2012.
45. Tiihonen J, Suokas JT, Suvisaari JM, Haukka J, Korhonen P. Polypharmacy with antipsychotics, antidepressants, or benzodiazepines and mortality in schizophrenia // *Arch Gen Psychiatry*. 2012 May;69(5):476-83.
46. Van Gaal L.F. Долгосрочные последствия шизофрении для здоровья: метаболические осложнения и роль абдоминального ожирения (расширенный реферат) // *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2006. №4. С. 45-51.
47. WHO (2009) *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks* Geneva: World Health Organization.