

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО СВОЕВРЕМЕННОМУ ВЫЯВЛЕНИЮ ФАКТОРОВ РИСКА ЛЕТАЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В СТАЦИОНАР И ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА УВЕЛИЧЕНИЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ

Щепин В. О.,
Масякин А. В.,

ФГБУ «Национальный научно-исследовательский институт
общественного здоровья» РАМН

Аннотация. На основании анализа проведенной литературы и полученной выборки пациентов были установлены основные причины летальности больных шизофренией, а также факторы сопряженные с летальностью таких пациентов. Были установлены ведущие факторы и разработаны основные профилактические рекомендации по снижению преждевременной смертности больных шизофренией и разработана мероприятия по организации психиатрической помощи.

Ключевые слова: причины летальности больных шизофренией, факторы риска, профилактические мероприятия, организация психиатрической помощи.

RECOMMENDATIONS FOR TIMELY IDENTIFICATION OF RISK FACTORS FOR MORTALITY OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AT THE TIME OF HOSPITALIZATION AND THE ORGANIZATION OF PREVENTIVE MEASURES AIMED AT INCREASING LIFE EXPECTANCY

Schepin V.O., Masyakin A.V.

National Research Institute of Public Health

Abstract. On the basis of the analysis of the literature and obtained a sample of patients were prescribed the main causes of mortality of patients with schizophrenia, as well as factors associated with mortality of such patients. Have installed drivers and developed the basic preventive recommendations for reducing premature mortality of patients with schizophrenia and the development of measures for the organization of psychiatric care.

Keywords: causes of mortality in patients with schizophrenia, risk factors, preventive measures, the organization of psychiatric care.

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 [10,7,8,11,9,2]. У больных с хроническими психическими расстройствами могут отмечаться различные факторы риска, ухудшающие состояние здоровья и предрасполагающие к развитию соматических нарушений [6,1]. Повышенная соматическая уязвимость может быть связана как с общепопуляционными факторами, так и с длительной терапией антипсихотиками. К наиболее релевантным факторам риска больничной смертности [12,5]. отнесли сердечно-сосудистые и онкологические заболевания, сахарный диабет обоих типов и связанные с ним микро- и макрососудистые осложнения, ХОБЛ и их инфекцион-

ные респираторные осложнения, железодефицитную анемию, неспецифическую почечную недостаточность, ишемический инсульт и алкогольную болезнь печени, а также паркинсонизм.

Актуальным аспектом изучения показателей летальности при психотических психических расстройствах является расчёт косвенных социальных и экономических потерь в результате преждевременной смертности больных шизофренией.

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.

Усилия общества по снижению смертности населения являются одним из показателей его гуманности. Проведенный анализ летальности больных шизофренией показывает, что преждевременная смертность среди больных шизофренией, особенно мужчин трудоспособного возраста, достаточно велика. И, хотя снижение ее далеко не всегда находится в рамках возможностей общества, может быть предложен ряд алгоритмов устранения либо ослабления воздействия описанных неблагоприятных в отношении психического и соматического здоровья факторов и основные направления увеличения продолжительности жизни больных шизофренией. Большинство факторов, сопряженных с летальностью больных шизофренией, относится к социально-контролируемым. В связи с этим, нами были сформулированы рекомендации по организации профилактических мероприятий в отношении факторов, сопряженных с летальностью больных шизофренией.

Проведение всестороннего клиничко-социального обследования с учетом отмеченных нами факторов риска летальности при поступлении в стационар позволит определить наиболее уязвимые стороны социального и клиничского положения и функционирования, характер и степень социальной дезадаптации, потребности в терапевтической, инструментальной и эмоциональной поддержке. Важно отмечать также и положительные аспекты жизнедеятельности, как на настоящий момент, так и по данным анамнеза пациента, которые могут быть источником ресурса для больного. Известно, что уровень социального функционирования и прочность комплайенса не всегда коррелируют с активностью эндогенного процесса, но при этом во многом определяют реабилитационный потенциал пациентов (А.Б. Шмуклер, О. О. Папсуев и др., 2008; Е. А. Васильева, Л.И.Сальникова, 2007).

В профилактических мероприятиях по предотвращению внутрибольничной смертности (летальности) рекомендовано активно задействовать лечащих врачей, заведующего отделением, средний

медперсонал, работников социальных служб, психотерапевтов либо клиничских психологов. Для консультативной помощи должны привлекаться наблюдающие больного участковые психиатры и специалисты соматического профиля.

Важнейший вклад в риск летальности больных шизофренией вносят клиничко-терапевтические факторы. При поступлении больного в стационар рекомендовано особое внимание уделять диагностике психического расстройства и подбору оптимальной лечебной и поддерживающей фармакотерапии. Необходим дифференцированный подход с избеганием полипрагмазии к назначению антипсихотиков с учетом клиничской картины, индивидуальных особенностей фармакокинетики препарата, соматического здоровья пациента и в соответствии со спектром психофармакологического действия и побочных эффектов. Критериями эффективности терапии являются безопасность, быстрота развития и стойкость эффекта (Краснов В.Н. и др., 2006).

Также принципиально важно своевременно и активно выявлять и корректировать сопутствующую соматическую патологию, особенно в отношении БСК, болезней органов дыхания и новообразований, при необходимости направляя к специалистам узкого профиля.

Для улучшения комплайенса необходимо повышать осведомленность длительно болеющих пациентов о психическом заболевании, его симптомах и способах их контроля, лекарственных препаратах, которые они принимают в связи как с психическими, так и с соматическими расстройствами. Отдельно необходимо информировать пациентов о возможных побочных эффектах фармакотерапии, в особенности экстрапирамидных расстройствах, и способах борьбы с ними. Приобретая новые знания о причинах психических и соматических расстройств, симптомах болезни, течении, прогнозе и методах лечения, больные смогут лучше выявлять обострения, применять доступные способы их предупреждения или смягчения, получают возможные стратегии поведения в данных ситуациях. Стимуляция активной позиции пациента в преодолении заболевания и его

последствий позволит сформировать ответственность за своё поведение и свою жизнь. При редукции или исчезновении продуктивной симптоматики дозу постепенно снижают. Подбор и назначение адекватной длительной поддерживающей терапии призвано снизить необходимость в частых госпитализациях.

Основной социальной закономерностью течения шизофрении, усиливающей бремя болезни, является постепенное нарастание трудопотерь в связи с утратой возможности и стремления к трудовой деятельности, формированием личностного дефекта, ростом количества госпитализаций. Для коррекции экологических факторов риска летальности первостепенное значение имеет инструментальная поддержка социальных работников: регистрация больного в центре социальной занятости, трудоустройство, перепрофилирование, помощь в установлении связи с социальными службами, оформлении документов.

На второе место по значимости мы ставим возможность проводить в стационаре тренинги по улучшению бытовых навыков больных шизофренией: самообслуживания и независимого проживания, санитарно-гигиенических мероприятий, ведения домашнего хозяйства, обработки и приготовления продуктов, управления бюджетом, взаимодействия с государственными организациями; а также оказание дополнительной психологической поддержки пациентам, находящимся в условиях острого или хронического психоэмоционального стресса, повышение стрессоустойчивости.

Ещё одним важным аспектом внутрибольничной работы с больными шизофренией является психообразование, которое может быть реализовано путем создания системы групповых занятий. При подготовке программы занятий учитывались рекомендации Серегинной И.Ф., Линденбратена А.Л., Гришиной Н.К. (2009) в отношении характера информированности населения о правах в области охраны здоровья. Группы должны быть сформированы из пациентов, однородных по этапу заболевания, но различавшихся по социо-демографическим характеристикам (пол, возраст, образование, социальный статус) таким образом, чтобы по каждому проблем-

ному вопросу имелся положительный пример в виде другого участника группы: например, пациенты с опытом эффективного трудоустройства по специальности, создавшие семью после дебюта заболевания, имеющие интересное хобби, способствующее общению и завязыванию новых знакомств, и т.п. В рамках этих занятий может проводиться информирование о методах психофармакотерапии, ее роли в лечении и процессе выздоровления, возможной материальной, социальной и юридической помощи, доступной больному, об организациях и группах помощи психически больным, проблемах стигматизации и трудоустройства, вопросах оформления инвалидности, вопросах дееспособности, возможностях дополнительного или первичного образования, юридических правах психически больных и их семей, специфике работы психиатрических служб; лекции о правильном и здоровом питании, образе жизни, физической культуре, допустимых психоэмоциональных нагрузках. Отдельное внимание важно уделять отказу от курения и употребления алкоголя, мотивируя больных на борьбу с зависимостью. В целях борьбы со стигматизацией можно проводить аналогии между хроническими психическими и соматическими заболеваниями, акцентируя тот факт, что болезнь является биологической проблемой, решаемой с помощью как биохимических фармакологических воздействий, так и путем поддержания, соответствующего противостоящего ухудшению образа жизни. Для коррекции дезадаптивных реакций и поведенческих стереотипов могут быть использованы элементы когнитивно-поведенческой терапии.

Работа с социо-демографическими факторами должна включать прежде всего индивидуальную психообразовательную работу с родственниками больных шизофренией с информированием о характере правильного ухода за больным, борьбой с недооценкой и стигматизацией психических расстройств, налаживанием внутрисемейных взаимодействий, вовлечением и поощрением активного участия в процессе лечения ближайшего микросоциального окружения пациента – при необходимости используя подходы системной семейной психотерапии. В рам-

ках этого направления могут проводиться тренинги социальных навыков больных шизофренией: коммуникации, асертивности, проблемно-решающего поведения, взаимодействия с членами семьи. С целью компенсации дефицита социальной вовлеченности больных может стимулироваться расширение круга общения и интересов, восстановление утраченных связей и создание новых социальных контактов, например, с другими больными в стационаре, реинтеграция психически больных в обычную социальную среду, формирование плана досуговых мероприятий в больнице и вне неё.

Таким образом, в ряде случаев преждевременная смертность в стационаре является потенциально устранимой при выполнении определенных условий: более качественная медицинская помощь, расширение социального обеспечения, улучшение материального положения и жилищных условий, вовлечение в трудовую деятельность и социализация, устранение вредных привычек, нервно-психического напряжения на работе и в быту, нерационального питания, своевременная диагностика и лечение соматических нарушений.

После достижения ремиссии необходимо амбулаторное наблюдение за пациентом для контроля симптоматики, упорядоченности поведения, изучения характера критики к болезненным симптомам и своему положению, учёта социально-управляемых факторов риска; в обязательном порядке необходимо активное выявление соматических жалоб больного. Поддерживающую фармакотерапию, реабилитационные мероприятия, психосоциальные интервенции, мероприятия по социально-трудовой реабилитации и активизации больного в социальной среде, помощь в организации необходимо осуществлять и вне стационара, с периодическим контролем эффективности принимаемых мер и обновлением полученных в рамках интенсивной внутрибольничной работы навыков.

Помимо выявленных нами факторов риска преждевременной смертности больных шизофренией, существуют общие проблемные места в характере организации стационарной психиатрической помощи.

Во-первых, психиатрические стационары в г. Москве практически не располагают комфортными отделениями, отвечающими современным санитарно-гигиеническим нормам: количество палатной площади, приходящейся на одного больного, в целом по городу вдвое ниже нормативного. Сегодня не представляется возможным комфортно разместить в них различные контингенты больных. Большинство зданий и помещений психиатрических больниц требуют реконструкции или ремонта. Оснащение больниц не позволяет в полной мере осуществлять диагностику и лечение психических заболеваний. Психоневрологические диспансеры не имеют достаточной площади для организации современной полустационарной психиатрической помощи. Часть подразделений этих диспансеров размещена в жилых зданиях.

Во-вторых, психиатрические больницы города перегружены больными, нуждающимися не столько в лечении, сколько в социальной помощи: геронтологические больные; больные, находящиеся на принудительном лечении; больные из числа утративших социальные связи, без определенного места жительства, мигранты и иногородние. В 2013 году более 2500 больных длительно занимали психиатрические койки в стесненных условиях, затрудняя тем самым оказание экстренной психиатрической помощи. В то же время отсутствие должного взаимодействия с учреждениями системы социального обеспечения (психоневрологическими интернатами) не позволяет эффективно использовать их возможности для решения задач психосоциальной реабилитации хронически психически больных, перевода больных, не нуждающихся в стационарном лечении.

В-третьих, не на должном уровне организована помощь больным с сочетанной соматической патологией, требующей стационарного лечения и геронтологическим пациентам. Недостаточно используется ресурс многопрофильных больниц для оказания медицинской помощи данным категориям пациентов.

Всё вышесказанное определяет общие направления развития стационарной психиатрической службы, позволяющие снижать социальное и экономическое бремя психических расстройств.

1) Приоритетным направлением развития и модернизации стационарной психиатрической помощи населению, направленных на предотвращение преждевременной смертности психически больных, должно являться развитие специализированных форм психиатрической помощи (отделения: детские, геронтопсихиатрические, реабилитационные, интенсивной терапии, соматопсихиатрические, психосоматические, отделения помощи населению на дому, центра оказания помощи «здоровому населению») и их приближение к населению; обеспечение своевременной квалифицированной консультативной помощью специалистов из различных областей медицины. Важным аспектом является внедрение психиатрической помощи в общесоматическую сеть с открытием соматопсихиатрических, гериатрических и общепсихиатрических отделений в многопрофильных стационарах и психотерапевтических кабинетов в поликлиниках, женских консультациях и др.

2) Также необходимо развитие амбулаторных и полустационарных форм помощи с постепенным сокращением стационарных коек, улучшение лекарственного обеспечения стационаров и обеспечение преемственности лекарственных назначений между стационаром и амбулаторным учреждением.

Процесс развития внебольничных форм психиатрической помощи должен включать постепенное выведение из психиатрических стационаров хронических больных, утративших жилье и социальные связи и не представляющих опасности для себя и окружающих, в учреждения социальной защиты (психоневрологические интернаты, специализированные общежития, социальные квартиры); постепенное выведение больных, находящихся на принудительном лечении в психиатрических стационарах общего типа в специализированные отделения психиатрической больницы, расположенной за чертой города, с обеспечением качественного лечения и реабилитации, созданием эффективной системы предупреждения побегов и повторных общественно опасных действий у данного контингента;

3) Достаточное финансирование ремонта и реконструкции зданий и помещений, коммуникаций тепло- и водоснабжения позволит улучшить условия содержания больных в соответствии с современными санитарно-гигиеническими требованиями, открыть новые комфортабельные отделения.

Ряд выдвинутых нами предложений нашёл своё отражение в проекте программы реорганизации психиатрической сети города Москвы, составленном Главным психиатром ДЗМ в сентябре 2014 г.

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 распространённости соматической патологии среди пациентов, страдающих психическими расстройствами // Казанский мед.ж.. 2012. №3. С.532-534.
3. 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.
4. Jeste D.V., Gladsjo J.A., Lindamer L.A., Lacro J.P. Medical comorbidity in schizophrenia // Schizophr. Bull. — 1996. — Vol. 22. — P. 413-430.
5. 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.
6. 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.

7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. 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.