

Психотические симптомы имеют положительную связь с соматическими заболеваниями независимо от наличия диагноза психотического расстройства: результаты исследования ВОЗ World Health Survey (Всемирное исследование здоровья)

Carmen Moreno¹, Roberto Nuevo², Somnath Chatterji³, Emese Verdes³, Celso Aragno¹,
Jose Luis Ayuso-Mateos²

¹Отделение психиатрии детского и юношеского возраста, Исследовательский институт Sanitaria Gregorio Marañon, Госпиталь при Университете Gregorio Marañon, Центр биомедицинских исследований в сфере психического здоровья Испании (CIBERSAM), г. Мадрид, Испания;

²Отдел психиатрии Автономного Университета г. Мадрид, Университетская больница La Princesa;

³Департамент медицинской статистики и информатики, Всемирная Организация Здравоохранения, Женева, Швейцария

Перевод: Ткаченко Е.А.

Редактура: Алфимов П.В.

В исследовании был изучен риск развития соматических заболеваний среди пациентов с психотической симптоматикой независимо от наличия установленного диагноза психического расстройства. Все отобранные для участия в международном исследовании Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) больные были сгруппированы следующим образом: в одну группу входили лица, имевшие психиатрический диагноз с наличием в клинической картине по крайней мере одного психотического симптома за последний год до начала исследования, во вторую — те, у кого диагноз установлен еще не был, но психотическая симптоматика имела место в статусе, и, наконец, в третью группу входили больные без зарегистрированного заболевания и больные, не обнаруживающие острой симптоматики. Было проведено сравнение между всеми группами по следующим параметрам: наличие различных проблем со здоровьем и обращаемость в медицинские учреждения. Соматическая патология, например, стенокардия, астма, артрит, туберкулез, проблемы со зрением и слухом, стоматологические заболевания, злоупотребление алкоголем, курение, а также большее количество принимаемых препаратов и обращаемость в медицинские организации (за исключением регулярных визитов в кабинеты амбулаторного звена) чаще регистрируются среди пациентов с психотической симптоматикой при отсутствии у них установленного психического заболевания по сравнению с теми, у которых нет ни установленного диагноза, ни признаков психоза. Число соматических проблем возрастает соразмерно количеству психотических симптомов. По результатам проведенного анализа обращает на себя внимание тот факт, что полученные данные не зависят от социальноэкономического уровня страны проживания.

Ключевые слова: психотические симптомы, соматическое здоровье, проблемы со здоровьем, обращаемость за медицинской помощью, международное исследование.

(Всемирная психиатрия 2013;12:251–257)

Зарегистрированное психическое расстройство сопровождается не только увеличением риска смертности в два раза по сравнению с общей популяцией (1, 2), но и укорочением продолжительности жизни до двадцати лет. Сопутствующая основному психическому заболеванию соматическая патология является основной причиной смертности и заболеваемости среди пациентов, страдающих шизофренией и другими психическими расстройствами (1, 2, 4-8). Неоднократно отмечалось, что на этих показателях существенно отражаются сердечно-сосудистые и метаболические заболевания, а в последнее время постепенно накапливаются данные, свидетельствующие о непосредственном влиянии на прогноз психического расстройства инфекционных заболеваний, патологии легочной системы, злоупотребления различными веществами. Образ жизни пациента (например, адинамия, несоблюдение диеты, вредные привычки, в т.ч. курение), прием антипсихотических препаратов, недостаточный уход за собственным здоровьем являются факторами, определяющими слабое соматическое состояние пациентов

с психотической симптоматикой (6, 17-19). Важную роль здесь могут играть факторы иммунной системы, воспалительные реакции, тем самым не только негативно влияя на процессы в головном мозге, но и вызывая системные проблемы в организме (20).

В общей популяции распространенность психотических расстройств определяется примерно в три процента (21). В последнем всемирном межнациональном исследовании было показано, что частота психотических расстройств в популяции (принималось в расчет наличие хотя бы одного психотического симптома в клинической картине заболевания) значительно выше и достигает от 0,7 до 45,8% (22). Негативное влияние психотических симптомов на общее функционирование индивидуума заметно не только среди лиц с уже установленным диагнозом психического расстройства (23, 24), результаты исследований указывают скорее на тот факт, что само наличие психотической симптоматики, независимо от факта установления диагноза психического расстройства, взаимосвязано с проблемами соматического здоровья пациентов (25). Следует обра-

тратить внимание, что вышеуказанные результаты, свидетельствующие о более высокой частоте развития соматического неблагополучия среди лиц с верифицированным диагнозом шизофрении и другими психотическими расстройствами (коморбидность соматического и психотического расстройства), получены в исследованиях, проведенных в промышленных странах, причем чаще всего в пределах одного конкретного государства (7, 26).

В данной статье представлены данные ВОЗ, под эгидой которой было проведено международное исследование, посвященное состоянию здоровья в популяции (World Health Survey (WHS)), и включавшее страны с различным уровнем социоэкономического развития (27). Нами были обследованы пациенты с различной тяжестью соматической патологии, сочетающейся с психотической симптоматикой (независимо от наличия психиатрического диагноза), а так же те, у кого не удалось выявить ни одного симптома психотического уровня. Помимо соматической патологии внимание было обращено и на уровень обращаемости пациентов за медицинской помощью (за исключением психиатрической службы). Было сделано предположение о том, что наличие психотических симптомов (установлено ли документально, либо нет психическое расстройство — не важно) может быть связано с соматической патологией независимо от социоэкономического уровня страны.

Методы исследования

Выборка. В исследование были включены лица, проживающие в 52-х странах, участвующих в вышеупомянутом проведенном ВОЗ международном исследовании: 18 государств из Африканского региона, 13 — из Европейского, 7 — Американского, 5 — из Азии, 5 из Юго-Восточной Азии и четыре из Восточно-Средиземноморского региона. По данным Всемирного Банка пятнадцать из участвующих стран имеют высокий уровень развития экономики, либо уровень выше среднего, в 37 странах-участницах уровень экономики определялся как «ниже среднего» или «низкий». Вся выборка участников была взята из уже созданной национальной системы, при этом все участники, путем многоступенчатого отбора были разделены на различные кластеры, что позволило определить для каждой семьи и индивидуального участника известную ненулевую вероятность отбора. Все методические инструкции, касающиеся принципов формирования выборки и общее их описание доступны для ознакомления на сайте www.who.int/healthinfo/survey/en/index.html.

Все обследуемые дали информированное согласие на участие, а также было получено одобрение этических комитетов на всех необходимых уровнях. Индивидуальный глобальный процент респондеров составил 98,5%, финальная выборка составила 224,254 участника. Все клинические интервью были проведены предварительно обученными специалистами. Стандартная процедура обучения специалистов, а также осуществление внешнего квалифицированного контроля качества проведения исследования проводились на всех уровнях в соответствии с предписанными правилами.

Меры измерения. Все участники исследования были опрошены по стандартизованному опроснику, принятому в международном исследовании состояния здоровья населения. На каждого участника была заполнена анкета, включающая в себя следующие графы: дата оценки состояния здоровья, социодемографические характеристики, злоупотребление алкоголем или табакокурение, образ жизни, материально-бытовые условия (исходя из показателей регулярного дохода), а также общая информация о соматическом статусе и качестве жизни пациента. Безусловно, во внимание

принимались заболевания, перенесенные в течение жизни, наличие как психотических симптомов, так и признаков проявления соматического неблагополучия (симптомов астмы, артрита, наличие стенокардитических болей) за последние 12 месяцев до начала исследования, а также получаемая по поводу психического заболевания терапия. Употребление алкоголя кодировалось с использованием двух групп и одной фиктивной переменной. Те пациенты, которые вели трезвый образ жизни или позволяли себе прием алкоголя эпизодически (количество употребляемого алкоголя не больше 15-ти единиц — 150 мл — за последнюю неделю, при этом не более 4-х единиц — 40мл — за один прием) являлись контрольной группой и составляли 87,4% из всех обследованных, тогда как лица, регулярно принимающие алкоголь (более 15-ти единиц — 150 мл — в неделю и 4-х — 40мл — за один прием) и лица с тяжелым пьянством (лица, употребляющие более 5-ти единиц алкоголя за каждый прием) составляли вторую группу. Что же касается курения, здесь было выделено две группы: лица, на момент исследования не употребляющие ни один из видов табака и те, кто курит сигареты ежедневно (23,8% обследуемых).

Анализ психотических симптомов. Вопросы из принятого на международном уровне комбинированного диагностического интервью (Composite International Diagnostic Interview (CIDI 3.0)) (28) были включены в нашу карту опроса респондентов с целью выявить наличие на момент опроса психотической симптоматики. Оценивалось изменение настроения пациента, вызванное актуальным на момент опроса бредовым расстройством, наличие в статусе бреда отношения, преследования или воздействия, а так же галлюцинаторных переживаний за последние полгода. На каждый из вопросов в карте требовался ответ «да» или «нет», иных пояснений со стороны участников не требовалось. Степень выраженности психотических симптомов по результатам проведенного тестирования согласовывалась с клиническими проявлениями психического расстройства (29).

Оценка симптомов соматических заболеваний. Диагноз стенокардии был выставлен на основании алгоритма, представленного в опроснике Rose (30). Наличие у пациентов астмы или артрита учитывалось, если имелась документация о верификации этих заболеваний ранее (31). Если пациент отвечал утвердительно на вопрос «было ли у Вас когда-либо в жизни зарегистрировано повышение уровня глюкозы в крови и диагностирован диабет?», это учитывалось как наличие у него сахарного диабета. При выявлении кашля длительностью более трех недель, наличия крови в мокроте, был установлен предположительный диагноз туберкулеза. Также в исследовании оценивалось лечение при различных заболеваниях в течение жизни, медикаменты, которые респонденты принимали за последние две недели до участия в исследовании.

Была подсчитана заболеваемость коморбидной соматической патологией, такой как стенокардия, астма, диабет, артрит, туберкулез. Ранее уже были предоставлены результаты относительно взаимосвязи развития диабета и психотических симптомов (32), поэтому в данном исследовании принимались во внимание скорее различные осложнения данного заболевания. Учитывались также следующие соматические проблемы: проблемы со зрением (наличие катаракты у лиц в возрасте 60 и лет и старше), проблемы со слухом, стоматологические проблемы, травмы, ранения, полученные в различных ситуациях за последний год.

Анализ оценки соматического здоровья. В исследовании мы также постарались учесть информацию о частоте обращаемости пациентов в различные

учреждения системы здравоохранения и эффективность лечения, к примеру, принимались во внимание частота и длительность нахождения пациента в стационарах, длительность амбулаторного лечения за последние пять лет, при этом лечение в психиатрической клинике во внимание не принималось.

По пятибалльной шкале (где 1 балл соответствует полной удовлетворенности, а 5 — ее отсутствию) опрошенными были оценены следующие факторы: 1) удовлетворенность системой здравоохранения в стране, 2) неудовлетворенность собственным состоянием здоровья, также было предложено отметить, насколько выражены у него проблемы со здоровьем (1 балл соответствовал оценке своего здоровья как хорошее и 5 баллов — как крайне неудовлетворительное).

Безусловно, если во время исследования пациентам было необходимо принимать тот или иной препарат, назначенный для лечения какого-либо соматического заболевания, в исследовании это учитывалось, причем в каждом конкретном случае количество принимаемых препаратов суммировалось (от нуля — если у пациента не было потребности в приеме медикаментов, и максимально до шести одновременно получаемых препаратов).

Статистический анализ. Для начала мы применили серию двойных логистических регрессионных анализов, сравнивая пациентов, у которых неоднократно на протяжении жизни возникала та или иная психотическая симптоматика, в том числе регистрируемая за последний год, а диагноз психотического расстройства не вызывал сомнений ($N=1306$) и пациентов, которым диагноз психического расстройства психотического уровня установлен не был, однако, в течение года до начала исследования у них удалось выявить по крайней мере один психотический симптом ($N=27648$) с теми, у кого не удалось выявить ни одного симптома психотического регистра, и которым диагноз психического расстройства никогда не был выставлен ($N=195300$). Во всех случаях была проведена статистическая обработка таких факторов как возраст, пол, уровень экономического развития страны по классификации Всемирного банка (в том числе в исследовании использовалась 51 фиктивная переменная в виде ковариаты, обозначающая страну проживания), два последних фактора принимались во внимание для выявления различий в работе систем здравоохранения. Независимыми переменными, включенными в данные серии анализов являлись особые состояния здоровья и оценка системы здравоохранения.

Таким образом, с целью сравнения взаимовлияния психотической симптоматики и соматической патологии, было проведено сравнение между группами пациентов, участвующих в исследовании по следующим критериям: частота встречаемости соматической патологии в данных группах, количество препаратов, направленных на коррекцию той или иной соматической патологии, выписанных участникам нашего обзора специалистами различных профилей. Сравнение было произведено с помощью критерия Стьюдента для независимых выборок с корректировкой по уровню вероятности для учета интенсивности ошибки I типа (коррекция Бонферрони). Для оценки статистической силы связей рассчитаны размеры эффекта (g Хеджа) с непрерывными переменными. Использование метода g Хеджа на крупной популяции дает результаты, сопоставимые с результатами таковыми при использовании d Коэна. В случае d Коэна, как правило, применяются следующие стандартные правила: размер эффекта меньше 0,2 признается незначимым, размер эффекта в диапазоне от 0,2 и 0,5 считается умеренным, а размер эффекта больше 0,8 признается высоким. Кроме того, для не прямой оценки чувствительности к медицинским мерам и состоянию здоровья те же самые сравне-

ния были проведены с использованием общего количества принимаемых в настоящее время медикаментов (за исключением медикаментов, принимаемых по психиатрическим показаниям). Этот параметр использован в качестве независимой переменной.

С помощью однофакторного дисперсионного анализа в исследуемых группах были также проанализированы различия по количеству возникающих у пациентов соматических заболеваний и тому, какие в той или иной группе принимались препараты, в особенности те, которые были использованы тогда, когда регистрировалась психотическая симптоматика (число симптомов от 0 до 4-х). При этом независимой величиной являлось количество психотических симптомов и использовался апостериорный критерий Шеффе. Также важно отметить, что в анализ не была включена группа пациентов с ранее верифицированным диагнозом психического расстройства, у которых в течение последнего года психотической симптоматики выявлено не было. Статистическая обработка материала осуществлялась с помощью пакета компьютерных программ Statistica 11.0 (Stata Corp, 2010).

Результаты. По результатам проведенных двойных логистических регрессионных анализов, все интересные нас пункты, касающиеся соматического здоровья, продемонстрировали статистически значимый коэффициент OR ($p<0,001$). Таким образом, обращает на себя внимание то, что пациенты, у которых за последний год удалось выявить по меньшей мере один симптом психотического уровня, имеют более высокие показатели соматической отягощенности (среди них чаще встречаются такие заболевания как стенокардия, астма, артрит, туберкулез, проблемы со зрением и слухом, катаракта — у пациентов в возрасте 60и лет и старше — стоматологические проблемы) при сравнении с пациентами без установленного психиатрического диагноза и отсутствием психотической симптоматики. В первой группе отмечены более высокие показатели по количеству употребляемого алкоголя за последнюю неделю, среди этих пациентов зарегистрировано большее количество курящих лиц, а также за последний год, они чаще являлись участниками дорожно-транспортных происшествий и получали различные травмы (Таблица 1). Схожие результаты были получены при сравнении групп пациентов с верифицированным психическим расстройством и наличием психотических симптомов в клинике заболевания с соматическими больными без психотической симптоматики и зарегистрированного психического расстройства, при этом разница в перечисленных критериях оценки была более показательной. В Таблице 1 можно обратить внимание на то, что результаты в обследованных группах по интересующим нас факторам не сопоставимы на 95%, исключением являются лишь частота развития катаракты у пациентов, количество потребляемого алкоголя и такая вредная привычка как курение — эти критерии были примерно одинаковы у пациентов всех групп, с преобладанием у пациентов, имевших как психическое расстройство, так и психотическую симптоматику в недавнем анамнезе.

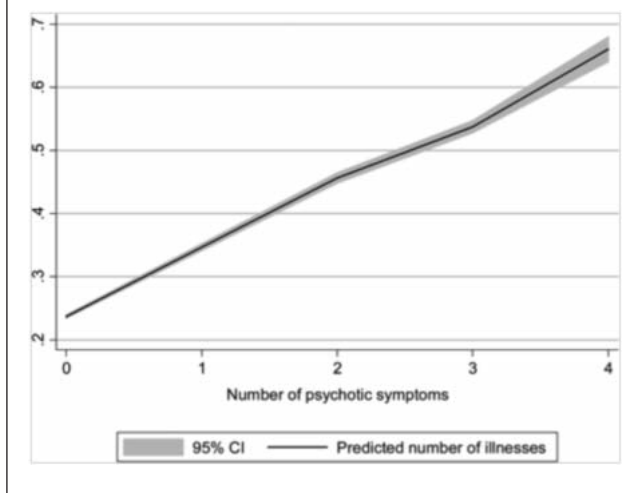
Как показано в Таблице 2, среди больных с психотической симптоматикой отмечается более высокий уровень неудовлетворенности собственным здоровьем, субъективно оцениваемое худшее состояние соматического здоровья, большая неудовлетворенность организацией системы здравоохранения в стране проживания, прием большего количества соматотропных препаратов, все из которых (кроме медикаментов для лечения ВИЧ-инфекции) были учтены в исследовании. В том числе статистически доказано, что данные пациенты за последние пять лет чаще оставались на ночь в различных соматических стационарах, длительность их госпитализации также оказалась существенно больше.

Таблица 1. Соматические заболевания и проблемы со здоровьем у пациентов с/без установленного диагноза психотического расстройства с наличием в клинической картине психотических симптомов и пациентов без наличия как психотической симптоматики, так и диагноза психотического расстройства.

	OR, психотические симптомы без психиатрического диагноза (95% ДИ)	OR, психотические симптомы с психиатрическим диагнозом (95% ДИ)
Стенокардия	2,50 (2,38/2,62)	3,98 (3,38/4,68)
Астма	1,81 (1,72/1,91)	3,71 (3,16/4,75)
Артрит	1,80 (1,73/1,86)	2,85 (2,50/3,25)
Туберкулез	2,87 (2,66/3,11)	4,72 (3,73/5,97)
Проблемы со зрением	1,67 (1,59/1,75)	2,16 (1,80/2,58)
Катаракта (лица старше 60 лет)	1,39 (1,24/1,57)	2,15 (1,28/3,61)
Проблемы со слухом	1,56 (1,46/1,67)	2,27 (1,80/2,85)
Злоупотребление алкоголем (средней тяжести и тяжелое)	1,27 (1,24/1,30)	1,14 (1,11/1,17)
Курение (процент курящих пациентов)	1,18 (1,15/1,21)	1,30 (1,14/1,48)
Стоматологические проблемы (за последний год)	1,63 (1,58/1,67)	2,06 (1,83/2,32)
Частота дорожно-транспортных происшествий (за последний год)	2,34 (2,23/2,44)	3,21 (2,72/3,79)

Сравнения по всем параметрам были проведены по отношению к группе пациентов без психотических симптомов за последний год при отсутствии у них диагноза психотического расстройства. Значения, обозначенные полужирным шрифтом, указывают на неперекрывающиеся между двумя столбцами 95%-е доверительные интервалы.

Рисунок 1. Линейный прогноз числа соматических расстройств в зависимости от количества психотических симптомов, доверительный интервал 95%, исследуемые заболевания: стенокардия, артрит, астма, диабет, туберкулез (количество от 0 до 5).



Практически по всем параметрам показатели в группе лиц с психотическими симптомами и установленным диагнозом психического расстройства были выше, исключением явились лишь такие пункты как прием медикаментов, направленных на лечение ВИЧ инфекции и астмы, а также длительность последнего стационарного лечения в клинике соматического профиля.

При сравнении двух столбцов в таблице 2 обращает на себя внимание перекрытие OR, за исключением таких параметров сравнения, как стационарирование в течение последних 5 лет, прием препаратов при стенокардии, неудовлетворение состоянием своего здоровья, субъективно оцениваемое худшее соматическое состояние здоровья и общее количество принимаемых препаратов, при этом более высокие показатели по этим критериям получены в группе пациентов с психотическими симптомами. Среднее число соматических заболеваний было существенно выше среди опрошенных, среди которых удалось выявить психотическую

симптоматику ($t=34.0$; $p<0,001$; $g=1,05$, 95% ДИ: 0,99-1,11) и у которых был установлен диагноз психического расстройства, чем у тех, у кого подобной симптоматики выявить не удалось ($0,24\pm 0,52$). Подобно этому, в группе без верифицированного диагноза психотического заболевания, но с наличием психотических симптомов за последний год, коморбидная соматическая патология встречалась чаще ($0,46\pm 0,72$) среди пациентов ($t=57,8$; $p<0,001$; $g=0,40$, 95% ДИ: 0,39-0,41), чем в группе лиц без психотических симптомов. При сравнении респондентов, имеющих психотические симптомы, у тех из них, кто страдает психическим заболеванием на протяжении продолжительного периода времени более четко прослеживается закономерность возникновения соматического неблагополучия, по отношению к тем, у кого диагноз выставлен не так давно или заболевание не диагностировано вовсе (это демонстрируется неперекрывающимся ДИ в размерах эффектов).

Как показано на рисунке 1, число соматических заболеваний у пациентов возрастает соразмерно регистрируемым психотическим симптомам ($F=969,3$; $p<0,001$). По результатам проведенного исследования удалось выявить следующее: пациенты, у которых было выявлено четыре психотических симптома имели значительно большее количество соматических заболеваний ($0,68\pm 0,88$), чем представители других групп ($p<0,001$ в сравнении со всеми группами); пациенты с тремя психотическими симптомами ($0,52\pm 0,78$) обнаружили большее число соматической патологии, чем имевшие два симптома психотического регистра ($0,45\pm 0,71$), либо одним симптомом ($0,40\pm 0,66$) или же их отсутствием вовсе ($0,24\pm 0,52$); лица с двумя психотическими симптомами показали более высокий уровень заболеваемости ($p<0,001$) нежели те, у кого был зафиксирован один симптом психотического ранга или их не было вообще; и, наконец, у тех, у кого имелся всего лишь один психотический симптом частота возникновения соматических проблем была выше по сравнению с группой опрошенных без психотических симптомов и отсутствием установленного диагноза психотического расстройства ($p<0,001$).

Лица с психотическими симптомами, в течение последнего года присутствующими в клинике рас-

Таблица 2. Показатели медицинской помощи при сравнении пациентов с наличием в клинике заболевания психотических симптомов и с/без установленного диагноза психотического расстройства и пациентов без психотической симптоматики, так и без соответствующего диагноза.

	OR, психотические симптомы без психиатрического диагноза (95% ДИ)	OR, психотические симптомы с психиатрическим диагнозом (95% ДИ)
Число госпитализаций на одну ночь (исключая психиатрические стационары)	1,33 (1,28/1,38) ^a	1,91 (1,65/2,22)
Продолжительность госпитализации (исключая психиатрические стационары)		
3-5 дней	1,15 (1,07/1,25) ^a	1,34 (0,99/2,22)
6-14 дней	1,22 (1,11/1,34) ^a	1,41 (1,00/1,99) ^a
более 15 дней	1,37 (1,22/1,54) ^a	1,45 (0,94/2,22)
Частота обращаемости за медицинской помощью (исключая стационарное лечение и психиатрическую помощь)	1,79 (0,69/4,62)	0,67 (0,09/4,97)
Неудовлетворительное состояние здоровья	1,28 (1,26/1,29)^a	1,51 (1,44/1,60)^a
Неблагополучие в самочувствии (декларируемое пациентом)	1,42 (1,41/1,44)^a	1,77 (1,69/1,86)^a
Неудовлетворенность системой здравоохранения в стране	1,12 (1,11/1,13) ^a	1,11 (1,05/1,16) ^a
Назначенное лечение, получаемое в течение двух недель		
Артрит	1,63 (1,49/1,79) ^a	1,94 (1,36/2,76) ^a
Стенокардия	1,30 (1,15/1,47)^a	2,43 (1,65/3,59)^a
Астма	1,20 (1,03/1,39) ^a	1,44 (0,80/2,57)
Туберкулез	1,86 (1,29/2,69) ^a	3,75 (1,37/10,29) ^a
ВИЧ/СПИД	1,10 (0,66/1,83)	2,95 (0,87/10,03)
Другие соматические заболевания	1,41 (1,35/1,48) ^a	1,64 (1,36/1,99) ^a
Общее количество препаратов (0-6)	1,31 (1,26/1,35)^a	1,54 (1,36/1,75)^a
<p>^aЗначимые результаты, полученные при сравнении двух групп пациентов Значения, обозначенные полужирным шрифтом, указывают на неперекрывающиеся между двумя столбцами 95%-е доверительные интервалы.</p>		

стройства и установленным диагнозом психического расстройства, чаще посещали специалистов соматического профиля и получали различное лечение, чем те, у кого нет как симптомов психотического расстройства, так, собственно, и самого верифицированного специалистами заболевания ($0,19 \pm 0,48$ в сравнении с $0,14 \pm 0,41$, $t=4,1$; $p<0,001$). Аналогично этому, пациенты с наличием в клинической картине хотя бы одного психотического симптома принимали большее количество медикаментов, чем те, кто не имел острой симптоматики ($0,16 \pm 0,43$ в сравнении с $0,14 \pm 0,41$, $t=7,8$, $p<0,001$). Как можно догадаться, разница в объеме получаемой терапии при соматических заболеваниях была выявлена в зависимости от количества психотических симптомов, имеющих место в клинической картине психического заболевания ($F=18,1$, $p<0,001$). Так, апостериорное сравнение (Шеффе) показало разницу только между следующими группами: пациенты с выявленным одним или двумя психотическими симптомами получают больший объем соматической терапии, нежели те, кто страдает от четырех психотических симптомов и, по сравнению с лицами без психотических симптомов ($0,14 \pm 0,41$), у кого выявлен один, два или три симптома психотического регистра ($0,16 \pm 0,41$; $p<0,001$) также получают больший объем соматотропной терапии.

Обсуждение. Как видно, даже наличие изолированных психотических симптомов может определять риск развития коморбидной соматической патологии. Результаты нашего исследования демонстрируют, что у пациентов с психотическими симптомами, даже при отсутствии у них установленного психотического

диагноза, в течение жизни чаще встречается та или иная соматическая патология, в связи с чем больные вынуждены принимать большее количество препаратов соматического профиля; среди этих пациентов также увеличивается длительность пребывания в соматических стационарах в течение жизни (без каких-либо значимых различий в отношении обращаемости). Большинство результатов в исследовании подтверждают друг друга, при этом, когда в сравнение включаются пациенты с установленным психотическим заболеванием и психотической симптоматикой за последний до исследования год, разница становится более заметной. Таким образом, полученные в этом исследовании данные согласуются с полученными ранее, также свидетельствующими о худшем соматическом состоянии лиц с психическими расстройствами (4, 5, 7, 8, 34), большей частотой встречаемости как сердечно-сосудистых заболеваний (таких как стенокардия — 10-12, 35), так и легочных заболеваний, к примеру, астмы (13, 35-37) и туберкулеза (38, 39). Определяющим фактором по мнению исследователей, ранее получавших подобные результаты, являлось даже не само психическое расстройство, а скорее факт наличия психотического симптома. Также, исходя из полученных результатов, наблюдается взаимосвязь психотических симптомов и частоты попадания пациентов в дорожно-транспортные происшествия (40), стоматологических проблем (7, 13, 41, 42), патологии зрения и слуха (13, 44, 45), а также, данные пациенты чаще являлись курильщиками (4,10-12,18) и злоупотребляли алкоголем (4,5,43). Несмотря на то, что в более ранних исследованиях была показана низкая частота возникновения ревматоидного артрита у пациентов с диагнозом шизофрения

(7, 46), в популяционном анализе данные результаты подтверждены не были (47), напротив, было обнаружено, что частота диагноза «артрит» у больных шизофренией выше, чем в группе контроля, при этом, необходимо отметить, что в нашем исследовании учитывалось наличие не только ревматоидного артрита, но и другие виды воспалительных заболеваний суставов. Взаимосвязь между развитием шизофрении и ревматологическими заболеваниями была обнаружена и в более ранних исследованиях (47, 48). Если продолжать сравнение сформированных групп, стоит также отметить, что частота обращаемости пациентов с психотическими симптомами за медицинской помощью выше, особенно, когда речь идет о неотложной помощи, требующей стационарирования пациента, при этом регулярное посещение медицинских учреждений не является характерным для больных с психотической симптоматикой, что может объясняться тем, что данной группе пациентов сложнее адекватно оценить возникающие симптомы заболевания и правильно их интерпретировать, а также им в целом сложнее вникнуть в принципы работы медицинских учреждений (49, 50). Нередко, к моменту обращения пациентов с психотическим состоянием за медицинской помощью, тяжесть соматического заболевания может оказаться более серьезной, вплоть до необходимости лечения в условиях стационара (51). Также получены результаты, свидетельствующие о более высоком уровне собственной неудовлетворенности состоянием здоровья лицами с психотической симптоматикой. В связи с тем, что во время исследования проводился контроль таких показателей как пол, возраст, страна проживания и ее социоэкономический статус, можно предположить, что полученные результаты являются независимыми от социоэкономического уровня каждого государства, участвующего в исследовании, а также уровня развития системы здравоохранения в нем. Полученные данные о большей частоте встречаемости соматической патологии среди пациентов с психозами в целом повторяют информацию, известную ранее, однако, на наш взгляд, новыми являются именно полученные данные о том, что те же симптомы соматических заболеваний чаще встречаются и у пациентов с изолированными психотическими симптомами, независимо от страны проживания, а также в целом худшее состояние здоровья данных пациентов, даже если еще не произошло развития собственно психического заболевания, или если психотическое расстройство зафиксировано на самой ранней стадии.

Объяснением полученных результатов может быть наличие физиопатологической причинно-следственной связи, основанной на генетических, воспалительных, иммунологических и/или метаболических механизмах, лежащих в основе взаимосвязи между психотическими симптомами и соматическими заболеваниями (20, 52-54). Так же, стоит принять во внимание тот факт, что пациенты с психическими заболеваниями, как показано в исследовании, употребляют больше алкоголя и чаще являются курильщиками, что тоже в свою очередь может объяснять у них соматическое неблагополучие.

Учитывая вышеуказанные результаты, нам представляется необходимым улучшение общего состояния здоровья пациентов, совершенствование скрининговых методов для определения коморбидных соматических расстройств (55-58) среди пациентов с присутствием в клинической картине психотических симптомов, даже если критерии заболевания психического расстройства не соответствуют нозологической единице.

Поскольку наше исследование является поперечным, мы не можем установить причинно-следственную связь между собственно психотическими симптомами и соматическим неблагополучием. Недостаток данных

о возможных детерминантах, определяющих тяжесть заболевания и инвалидизацию, связанные с психотическими симптомами, таких как количество и частота возникновения психотических эпизодов, их длительность, возраст начала заболевания, тяжесть эпизодов, ограничивает обобщение результатов. Кроме того, мы не оценивали психотическую симптоматику с помощью клинического интервью, а перечень интересующих нас психотических переживаний в опроснике был ограничен.

Для анализа природы развития данных симптомов необходимо проведение продольных исследований с участием более опытных интервьюеров (59). Несомненным плюсом нашего исследования является большой объем выборки и чрезвычайно широкая представленность стран с различным уровнем их развития. Ранее большинство исследований проводилось в западных странах, тогда как имеется мало информации о регионах, где на распространенность психических расстройств могут влиять экономические, культуральные, социальные факторы, а также различия в организации систем здравоохранения. В настоящем исследовании представлена репрезентативная выборка, и, таким образом, удалось избежать проблем, встречающихся при клинических исследованиях, таких как ошибка Берксона (60). Стоит отметить, что такие факторы, как уровень развития экономики страны, были статистически проконтролированы. В заключении стоит сказать – проведенное исследование показало, что наличие даже одного психотического симптома, независимо от факта установления диагноза психического расстройства, увеличивает риск развития коморбидных соматических проблем, риски, связанные с неправильным образом жизни, а также повышает частоту обращаемости пациентов за медицинской помощью, включая стационарное лечение и с различной хронической соматической патологией. Учитывая проанализированные данные, есть основания предполагать, что данная закономерность имеет всемирную распространенность, независимо от социоэкономического уровня развития страны и особенностей систем здравоохранения. Не только у пациентов с уже установленным диагнозом психического расстройства, но и среди тех, у кого имеется психотическая симптоматика, диагностические критерии для постановки психического расстройства не являются полными и должны проходить скрининг на обнаружение соматической патологии; врачам-интернистам следует быть готовыми к обнаружению такой симптоматики у пациентов для оптимизации работы системы здравоохранения и во избежание проблем и дополнительных финансовых затрат, связанных с развитием коморбидной патологии.

Благодарность

Данное исследование было проведено при поддержке Министерства экономики и конкурентоспособности Испании, Института де-Салю им. Карла III, Центра биомедицинских исследований в сфере психического расстройства Испании (CIBERSAM), Правительства Мадрида (S2010/BMD-2422 AGES), Научно-исследовательской программы Европейского Союза, Фонда Алисы Каплович, Фонда Мутуа Мадрэла (Mutua Madrileña), Испания, интернет ресурса Европейских исследований и разработок в сфере нейронаук и ВОЗ.

Библиография

1. Brown S, Kim M, Mitchell C et al. Twenty-five year mortality of a community cohort with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2010;196: 116-21.
2. 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;64:1123-31.

3. Tiihonen J, Lonnqvist J, Wahlbeck K et al. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). *Lancet* 2009;374:620-7.
4. Laursen TM, Munk-Olsen T, Vestergaard M. Life expectancy and cardiovascular mortality in persons with schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry* 2012;25:83-8.
5. von Hausswolff-Juhlin Y, Bjartveit M, Lindstrom E et al. Schizophrenia and physical health problems. *Acta Psychiatr Scand* 2009; 119(Suppl. 438):15-21.
6. De Hert M, Correll CU, Bobes J et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry* 2011;10:52-77.
7. Leucht S, Burkard T, Henderson J et al. Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 2007;116: 317-33.
8. Fleischhacker WW, Cetkovich-Bakmas M, De Hert M et al. Comorbid somatic illnesses in patients with severe mental disorders: clinical, policy, and research challenges. *J Clin Psychiatry* 2008;69:514-9.
9. Arango C, Bobes J, Kirkpatrick B et al. Psychopathology, coronary heart disease and metabolic syndrome in schizophrenia spectrum patients with deficit versus non-deficit schizophrenia: findings from the CLAMORS study. *Eur Neuropsychopharmacol* 2011;21:867-75.
10. De Hert M, Dekker JM, 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 the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Psychiatry* 2009;24:412-24.
11. Kilbourne AM, Morden NE, Austin K et al. Excess heart-disease-related mortality in a national study of patients with mental disorders: identifying modifiable risk factors. *Gen Hosp Psychiatry* 2009; 31:555-63.
12. Goff DC, Sullivan LM, McEvoy JP et al. A comparison of ten-year cardiac risk estimates in schizophrenia patients from the CATIE study and matched controls. *Schizophr Res* 2005;80:45-53.
13. Truysers C, Buntinx F, De Lepeleire J et al. Incident somatic comorbidity after psychosis: results from a retrospective cohort study based on Flemish general practice data. *BMC Fam Pract* 2011;12: 132.
14. Walkup J, Akincigil A, Hoover DR et al. Use of Medicaid data to explore community characteristics associated with HIV prevalence among beneficiaries with schizophrenia. *Public Health Rep* 2011;126(Suppl. 3):89-101.
15. Saiz-Ruiz J, Saiz-Gonzalez MD, Alegria AA et al. Impact of the Spanish Consensus on Physical Health of Patients with Schizophrenia. *Rev Psiquiatr Salud Ment* 2010;3:119-27.
16. Chen YH, Lin HC. Poor clinical outcomes among pneumonia patients with schizophrenia. *Schizophr Bull* 2011;37: 1088-94.
17. Arango C, Bobes J, Aranda P et al. A comparison of schizophrenia outpatients treated with antipsychotics with and without metabolic syndrome: findings from the CLAMORS study. *Schizophr Res* 2008;104:1-12.
18. Bobes J, Arango C, Garcia-Garcia M et al. Healthy lifestyle habits and 10-year cardiovascular risk in schizophrenia spectrum disorders: an analysis of the impact of smoking tobacco in the CLAMORS schizophrenia cohort. *Schizophr Res* 2010;119:101-9.
19. Brown S, Inskip H, Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2000;177:212-7.
20. Kirkpatrick B. Schizophrenia as a systemic disease. *Schizophr Bull* 2009;35:381-2.
21. Perala J, Suvisaari J, Saarni SI et al. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:19-28.
22. Nuevo R, Chatterji S, Verdes E et al. The continuum of psychotic symptoms in the general population: a cross-national study. *Schizophr Bull* 2012;38:475-85.
23. Rossler W, Riecher-Rossler A, Angst J et al. Psychotic experiences in the general population: a twenty-year prospective community study. *Schizophr Res* 2007;92:1-14.
24. Addington J, Penn D, Woods SW et al. Social functioning in individuals at clinical high risk for psychosis. *Schizophr Res* 2008;99: 119-24.
25. Saha S, Scott J, Varghese D et al. The association between physical health and delusional-like experiences: a general population study. *PLoS One* 2011;6:e18566.
26. McCloughen A, Foster K, Huws-Thomas M et al. Physical health and wellbeing of emerging and young adults with mental illness: an integrative review of international literature. *Int J Ment Health Nurs* 2012;21:274-88.
27. Ustun TB, Chatterji S, Mechbal A et al. Quality assurance in surveys: standards, guidelines and procedures. In: Household sample surveys in developing and transition countries. New York: Department for Economic and Social Affairs, 2005:199-230.
28. Kessler RC, Ustun TB. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res* 2004;13:93-121.
29. Cooper L, Peters L, Andrews G. Validity of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) psychosis module in a psychiatric setting. *J Psychiatr Res* 1998;32:361-8.
30. Rose GA. The diagnosis of ischaemic heart pain and intermittent claudication in field surveys. *Bull World Health Organ* 1962;27:645-58.
31. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E et al. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet* 2007;370:851-8.
32. Nuevo R, Chatterji S, Fraguas D et al. Increased risk of diabetes mellitus among persons with psychotic symptoms: results from the WHO World Health Survey. *J Clin Psychiatry* 2011;72:1592-9.
33. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum, 1988.
34. Oud MJ, Meyboom-de Jong B. Somatic diseases in patients with schizophrenia in general practice: their prevalence and health care. *BMC Fam Pract* 2009;10:32.
35. Filik R, Sips A, Kehoe PG et al. The cardiovascular and respiratory health of people with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2006;113:298-305.
36. Chen YH, Lee HC, Lin HC. Prevalence and risk of atopic disorders among schizophrenia patients: a nationwide population based study. *Schizophr Res* 2009;108:191-6.
37. Pedersen MS, Benros ME, Agerbo E et al. Schizophrenia in patients with atopic disorders with particular emphasis on asthma: a Danish population-based study. *Schizophr Res* 2012;138:58-62.
38. Ohta Y, Nakane Y, Mine M et al. The epidemiological study of physical morbidity in schizophrenics – 2. Association between schizophrenia and incidence of tuberculosis. *Jpn J Psychiatry Neurol* 1988;42:41-7.
39. Volkov VP. Respiratory diseases as a cause of death in schizophrenia. *Probl Tuberk Bolezn Legk* 2009;6:24-7.
40. Colton CW, Manderscheid RW. Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states. *Prev Chronic Dis* 2006;3:A42.
41. Janardhanan T, Cohen CI, Kim S et al. Dental care and associated factors among older adults with schizophrenia. *J Am Dent Assoc* 2011;142:57-65.
42. Arnaiz A, Zumarraga M, Diez-Altuna I et al. Oral health and the symptoms of schizophrenia. *Psychiatry Res* 2011;188:24-8.
43. Wisdom JP, Manuel JI, Drake RE. Substance use disorder among people with first-episode psychosis: a systematic review of course and treatment. *Psychiatr Serv* 2011;62:1007-12.
44. Viertio S, Laitinen A, Perala J et al. Visual impairment in persons with psychotic disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007;42:902-8.
45. Prager S, Jeste DV. Sensory impairment in late-life schizophrenia. *Schizophr Bull* 1993;19:755-72.
46. de la Fontaine L, Schwarz MJ, Riedel M et al. Investigating disease susceptibility and the negative correlation of schizophrenia

- nia and rheumatoid arthritis focusing on MIF and CD14 gene poly-morphisms. *Psychiatry Res* 2006;144:39-47.
47. Eaton WW, Byrne M, Ewald H et al. Association of schizophrenia and autoimmune diseases: linkage of Danish national registers. *Am J Psychiatry* 2006;163:521-8.
48. Sundquist K, Li X, Hemminki K et al. Subsequent risk of hospitalization for neuropsychiatric disorders in patients with rheumatic diseases: a nationwide study from Sweden. *Arch Gen Psychiatry* 2008;65:501-7.
49. Roberts L, Roalfe A, Wilson S et al. Physical health care of patients with schizophrenia in primary care: a comparative study. *Fam Pract* 2007;24:34-40.
50. Kilbourne AM, McCarthy JF, Welsh D et al. Recognition of co-occurring medical conditions among patients with serious mental illness. *J Nerv Ment Dis* 2006;194:598-602.
51. Munk-Jorgensen P, Mors O, Mortensen PB et al. The schizophrenic patient in the somatic hospital. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102(Suppl. 407):96-9.
52. Fernandez-Egea E, Bernardo M, Heaphy CM et al. Telomere length and pulse pressure in newly diagnosed, antipsychotic-naive patients with nonaffective psychosis. *Schizophr Bull* 2009;35:437-42.
53. Henderson DC, Ettinger ER. Schizophrenia and diabetes. *Int Rev Neurobiol* 2002;51:481-501.
54. Ferentinos P, Dikeos D. Genetic correlates of medical comorbidity associated with schizophrenia and treatment with antipsychotics. *Curr Opin Psychiatry* 2012;25:381-90.
55. De Hert M, Cohen D, Bobes J et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry* 2011;10:138-51.
56. Heald A, Montejo AL, Millar H et al. Management of physical health in patients with schizophrenia: practical recommendations. *Eur Psychiatry* 2010;25(Suppl. 2):S41-5.
57. Tosh G, Clifton A, Bachner M. General physical health advice for people with serious mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2011:CD008567.
58. Bobes J, Alegria AA, Saiz-Gonzalez MD et al. Change in psychiatrists' attitudes towards the physical health care of patients with schizophrenia coinciding with the dissemination of the consensus on physical health in patients with schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2011;26:305-12.
59. Stanghellini G, Langer AI, Ambrosini A et al. Quality of hallucinatory experiences: differences between a clinical and a non-clinical sample. *World Psychiatry* 2012;11:110-3.
60. Berkson J. Limitations of the application of fourfold table analysis to hospital data. *Biometrics* 1946;2:47-53.

DOI 10.1002/wps.20070