

Повышенный уровень смертности среди людей с тяжелыми психическими расстройствами: многоуровневая система мероприятий и приоритеты для клинической практики, государственных стандартов оказания медицинской помощи и научных исследований

Nancy H. Liu^{1,2}, Gail L. Daumit³, Tarun Dua¹, Ralph Aquila⁴, Fiona Charlson⁵, Pim Cuijpers⁶, Benjamin Druss⁷, Kenn Dudek⁴, Melvyn Freeman⁸, Chiyo Fujii⁹, Wolfgang Gaebel¹⁰, Ulrich Hegerl¹¹, Itzhak Levav¹², Thomas Munk Laursen¹³, Hong Ma¹⁴, Mario Maj¹⁵, Maria Elena Medina-Mora¹⁶, Merete Nordentoft¹⁷, Dorairaj Prabhakaran¹⁸, Karen Pratt⁴, Martin Prince¹⁹, Thara Rangaswamy²⁰, David Shiers²¹, Ezra Susser²², Graham Thornicroft¹⁹, Kristian Wahlbeck²³, Abe Fekadu Wassie²⁴, Harvey Whiteford⁵, Shekhar Saxena¹

¹World Health Organization, Geneva, Switzerland; ²University of California, Berkeley, CA, USA; ³Johns Hopkins Medical Institutions, Baltimore, MD, USA; ⁴Fountain House, New York, NY, USA; ⁵Queensland Centre for Mental Health Research, Wacol, QLD, Australia; ⁶Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands; ⁷Emory University, Atlanta, GA, USA; ⁸National Department of Health, Johannesburg, South Africa; ⁹National Institute of Mental Health, Tokyo, Japan; ¹⁰Heinrich-Heine-University Dusseldorf, Dusseldorf, Germany; ¹¹Universitätsklinikum Leipzig, Leipzig, Germany; ¹²University of Haifa, Haifa, Israel; ¹³Aarhus University, Aarhus, Denmark; ¹⁴Institute of Mental Health, Beijing, P.R. China; ¹⁵Department of Psychiatry, University of Naples SUN, Naples, Italy; ¹⁶National Institute of Psychiatry Ramon de la Fuente Muniz, Mexico City, Mexico; ¹⁷University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark; ¹⁸Public Health Foundation of India, Haryana, India; ¹⁹Institute of Psychiatry, King's College London, London, UK; ²⁰Schizophrenia Research Foundation, Chennai, India; ²¹Healthy Active Lives, Longsdon, Stoke-on-Trent, UK; ²²Columbia University, New York, NY, USA; ²³Finnish Association for Mental Health, Helsinki, Finland; ²⁴Addis Ababa University, Addis Ababa, Ethiopia

Перевод: Красавин Г. А. (Москва)

Редактура: к.м.н. Потанин С. С. (Москва)

Резюме

Повышенный уровень смертности среди людей с тяжелыми психическими расстройствами (ТПР) — серьезная проблема для общественного здравоохранения, требующая принятия соответствующих мер. Количество и масштабность правильным образом протестированных мероприятий в этой области остаются ограниченными, а стратегии внедрения и расширения программ с доказанной эффективностью немногочисленны. Кроме того, большинство доступных мероприятий фокусируются на одном факторе риска или ограниченном их числе. В данной публикации мы представляем многоуровневую модель факторов риска повышенной смертности среди людей с ТПР на следующих уровнях: индивидуальном, системы здравоохранения и социально-бытовом. Основываясь на данных, полученных в этой модели, мы описываем многокомпонентную систему, которая могла бы быть полезной для планирования, реализации и оценки мероприятий и программ, целью которых является сокращение повышенного уровня смертности среди людей с ТПР. Эта схема включает в себя мероприятия, касающиеся отдельных пациентов, системы здравоохранения, общества и государственных стандартов оказания медицинской помощи. Учитывая данные, полученные с помощью многоуровневой модели риска и многокомпонентной системы мероприятий, мы определяем приоритеты для клинической практики, государственных стандартов оказания медицинской помощи и научных исследований.

Ключевые слова: Повышенный уровень смертности, соматическое здоровье, тяжелые психические расстройства, шизофрения, биполярное аффективное расстройство, депрессия, факторы риска, индивидуально-направленные мероприятия, мероприятия для системы здравоохранения, мероприятия на уровне общества и государственных стандартов оказания медицинской помощи.

(World Psychiatry 2017;16(1):30-40)

Люди с тяжелыми психическими расстройствами (ТПР), например шизофренией и другими психотическими расстройствами, биполярным аффективным расстройством и депрессией в диапазоне от умеренной до тяжелой, умирают на 10–20 лет раньше, чем люди из общей популяции. Этот факт был с высокой степенью достоверности доказан в мета-анализах и систематических обзорах^{1–7}. Кроме того, недавние исследования, комментарии и редакторские статьи создали повышенное внимание к данной теме^{8–12}. Несмотря на это, практически не происходит каких-либо прогрессивных изменений — более того, существуют данные о продолжении увеличения разницы в сравнении с общей популяцией⁴, т.к. недавно опубликованные исследования показали, что стандартизированные показатели смертности были выше, чем в более ранних публикациях¹³.

Большинство смертей среди людей с ТПР вызваны теми соматическими заболеваниями, которые можно предотвратить, в первую очередь сердечно-сосудистыми, респираторными и инфекционными^{14–16}. В этой

группе пациентов риск умереть от сердечно-сосудистого заболевания в 2–3 раза выше, чем в популяции в целом^{17–18}. До 75% людей больных шизофренией умирают от ишемической болезни сердца (для сравнения, в общей популяции — до 33%)¹⁹. Люди с ТПР умирают от респираторных заболеваний от 2 до 6 раз чаще, чем в общей популяции^{5,15,20}, даже при с учетом поправки на курение табака и злоупотребление психоактивными веществами, а также умирают от инфекционных болезней почти в 2–4 раза чаще, чем в популяции в целом⁴. Кроме того, пациенты с этими расстройствами с большей вероятностью умирают от сахарного диабета¹⁵ и рака²¹. Касательно стран с низким и средним доходом (СНСД) доступные исследования дают основания предположить, что повышенный уровень смертности в них такой же, если не выше, при том, что большинство пациентов умирает от соматических заболеваний, особенно инфекционной природы.

Остальные смерти среди людей с ТПР вызваны несчастными причинами, включая суициды, убийства и несчастные случаи. Суицид продолжает вносить суще-

Таблица 1. Многоуровневая модель риска повышенной смертности для лиц с тяжелыми психическими расстройствами (ТПР)		
Индивидуальные факторы	Система здравоохранения	Социальные факторы здоровья
<p>Связанные с заболеванием</p> <ul style="list-style-type: none"> • Тяжесть расстройства • Семейный анамнез • Симптомы/психопатология • Ранняя манифестация • Время, прошедшее с момента установки диагноза <p>Связанные с поведением</p> <ul style="list-style-type: none"> • Курение табака • Плохое питание • Недостаточная физическая активность • Опасные типы поведения (в области сексуальных отношений и др.) • Употребление психоактивных веществ (алкоголь и наркотики) • Низкая мотивация (например, в поиске лечения, приверженности к нему) 	<p>Руководство</p> <ul style="list-style-type: none"> • Отсутствие подходящих руководств по лечению и диагностике, а также адекватных государственных стандартов оказания медицинской помощи. <p>Финансирование</p> <ul style="list-style-type: none"> • Низкое инвестирование в качество медицинской помощи <p>Информирование</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ограниченные системы информирования о здоровье <p>Предоставление услуг</p> <ul style="list-style-type: none"> • Вертикализация и фрагментация медицинских услуг • Недостаток координации и регуляции помощи • Ограниченный доступ к услугам <p>Кадровые ресурсы</p> <ul style="list-style-type: none"> • Низкое качество предоставления услуг • Недоброжелательные убеждения и настрой работников • Недостаточная коммуникация между персоналом <p>Медицинские препараты</p> <ul style="list-style-type: none"> • Антипсихотики (отсутствие лечения, полипрагмазия, дозы выше рекомендованных) 	<p>Государственная политика</p> <ul style="list-style-type: none"> • Дискриминация • Низкая финансовая защита и ограниченное покрытие программ здравоохранения <p>Социально-экономическое положение</p> <ul style="list-style-type: none"> • Безработица • Бездомность • Низкая грамотность в вопросах здоровья <p>Культурные и социальные ценности</p> <ul style="list-style-type: none"> • Стигматизация и дискриминация в обществе • Негативные представления о людях с ТПР <p>Экологическая уязвимость</p> <ul style="list-style-type: none"> • Инфекции и недостаточное питание • Доступ к средствам совершения суицида • Бедность и небезопасное окружение <p>Социальная помощь</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ограниченные семейные, социальные и общественные ресурсы

ственный вклад в смертность пациентов с ТПР, особенно в первый год после выписки из стационара²². В сравнении с общей популяцией, люди с ТПР почти в 2–3 раза чаще умирают в результате несчастных случаев, которые являются более распространённой причиной смерти в этой популяции, чем суициды^{18,23}. К тому же, люди с ТПР с большей вероятностью становятся жертвами убийства, и умирают от насильственной смерти в 2–4 раза чаще, чем в общей популяции.

В целом структура смертности одинакова в разных странах, но, вероятно, существуют различия в мерах по преодолению создавшейся ситуации. В последующих разделах данной статьи будут представлены: а) многоуровневая модель риска повышенного уровня смертности; б) многокомпонентная система, учитывающая многоуровневую модель риска, направленная на развитие и внедрение эффективных мероприятий, которые должны снизить избыточную смертность среди людей с ТПР^{25–26}; в) приоритеты для клинической практики, государственных стандартов оказания медицинской помощи и научных исследований в этой области. Цели этой работы совпадают с заявленными положениями комплексного плана действий всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в области психического здоровья на 2013–2020 годы²⁷, который подчеркивает важность того, что люди с психическими расстройствами должны иметь возможность пользоваться полным спектром прав человека и получать доступ к своевременной и высококачественной, учитывающей культурные особенности, медицинской и социальной помощи, что будет способствовать выздоровлению.

Многоуровневая модель риска повышенной смертности

Многоуровневая модель риска (Таблица 1) выделяет факторы риска повышенной смертности среди людей с ТПР на индивидуальном, общественном здравоохранения и социально-бытовом уровнях.

Факторы риска на индивидуальном уровне включают характеристики, присущие непосредственно ТПР или поведению, влияющему на здоровье человека. Они могут быть связаны с тяжестью ТПР (симптомами, госпитализациями, импульсивностью, физиологической и эмоциональной дисрегуляцией); влиянием на желание и способность пациента взаимодействовать с

системой здравоохранения (когнитивный дефицит, недостаток социальных навыков, низкая мотивация или недоверие к врачам); или поведением, которое влечет за собой обострения проблем со здоровьем. Важно отметить, что около 50–60% людей с ТПР курят, а курение — это главная причина смерти из тех, которые можно предотвратить²⁸. К тому же лица с ТПР склонны хуже питаться²⁹ и вести менее подвижный образ жизни³⁰ в сравнении с общей популяцией.

Факторы системы здравоохранения включают лечение, доступность предоставляемых услуг и организационные характеристики, такие как трудовые ресурсы или инфраструктура информационных систем. Они часто различаются в зависимости от условий и окружения. Например, основной психофармакотерапии многих пациентов с ТПР являются антипсихотические препараты, для которых характерны хорошо известные побочные эффекты, способные приводить к ожирению, снижению толерантности к глюкозе и дислипидемии^{31,32}. В зависимости от обстановки, как отсутствие антипсихотиков¹⁶, так и назначение избыточных доз роваков^{33,34} могут являться факторами повышения риска смертности. Назначение антипсихотиков требует отслеживания потенциальных побочных эффектов, а также компетентности и взаимодействия между врачами¹⁰.

Люди с ТПР часто получают соматическую медицинскую помощь низкого качества, как в отношении поддержания здоровья и предотвращения болезней, так и в процессе лечения. Хотя данная категория лиц контактирует с системой здравоохранения в два раза чаще в сравнении с общей популяцией, им реже проводят соматические осмотры и скрининги, делают меньше назначений и назначают меньше процедур^{35,36}, ставят меньше сердечно-сосудистых и онкологических диагнозов даже при том, что у них выше риск умереть от этих заболеваний^{15,35,37}. Например, в исследовании, проведенном в Западной Австралии, несмотря на то, что лица с ТПР имели такую же заболеваемость раком, как и в общей популяции, они с большей вероятностью от него умирали²². Даже в системах всеобщего здравоохранения лица с ТПР не получали адекватного лечения сердечно-сосудистых заболеваний, такого как шунтирование коронарных артерий, назначение бета-адреноблокаторов и статинов, госпитализации при инсульте и реваскуляризации^{36,37}.



Рисунок 1. Многоуровневая модель мероприятий для снижения повышенного уровня смертности среди лиц с тяжелыми психическими расстройствами (ТПР)

Госпитализированные с целью получения общемедицинской помощи лица с ТПР часто имеют худшие исходы, включая большее количество побочных эффектов, дней, проведенных в отделении интенсивной терапии, и осложнений, чем лица без ТПР^{38,39}. Также имеются данные о значении временной составляющей для адекватной медицинской помощи: многие исследования отмечают пик избыточной смертности как по естественным, так и по неестественным причинам в течение первого года после выписки из стационара^{16,18}, что предполагает наличие систематических ошибок системы здравоохранения в предотвращении, выявлении и лечении соматических заболеваний во время госпитализации из-за психического расстройства.

Некоторые авторы полагают, что более неблагоприятные для здоровья исходы могут быть связаны с недоброжелательными убеждениями и настроением медицинского персонала по отношению к лицам с ТПР, включая представления о причинах болезней, возможностях лиц с ТПР поддерживать активный и здоровый образ жизни или другие убеждения о способностях больных⁴⁰. Отношение медицинского персонала, оказывающего психиатрическую и первичную медицинскую помощь, к пациентам с ТПР, судя по всему, оказывает влияние на лечение, в том числе на вероятность направления пациентов к другим специалистам и на дополнительные назначения⁴¹. Существуют данные о том, что различия в качестве помощи зависят от врача, страховой компании и типа системы здравоохранения⁴².

Фрагментированные системы здравоохранения (например, с раздельной соматической и психиатрической медицинской помощью) создают трудности для удовлетворения комплексных потребностей пациентов с ТПР в области физического здоровья⁴³. Одной из причин может быть недостаточная компетентность специалистов в области психического здоровья в распознавании и лечении соматического здоровья, а специалистов в области соматической медицины – сложности в понимании полного спектра проблем со здоровьем у пациентов с ТПР¹⁰.

Социальные факторы здоровья включают, но не ограничиваются²⁶, государственной политикой, социально-экономическим положением, культурными и общественными ценностями, проблемами окружающей среды и социальной поддержкой. Люди с ТПР часто имеют ограниченный доступ к системе здравоохранения, что обусловлено или стоимостью услуг, или отка-

зом от медицинской страховки⁴⁴. В этой группе также повышена вероятность бедности, и они находятся под угрозой стать бездомными. В странах с высоким доходом бездомность и низкий социально-экономический статус дают дополнительный риск смертности среди людей с ТПР^{45,46}. Нетрудоспособность, связанная с расстройством, может способствовать безработице, которая является самостоятельным весомым фактором риска повышенной смертности^{15,47}.

Кроме того, лица с ТПР чаще живут в менее безопасных районах, ограничены в доступе к здоровой еде и у них меньше возможностей быть вовлеченными в полезные для здоровья виды активности, что способствует в целом нездоровому образу жизни. Окружающие могут видеть в них угрозу для себя, и это может приводить к тому, что лица с ТПР чаще становятся жертвами убийств. Большая часть из них имеет ограниченную социальную поддержку: около 75%¹⁵ из них не состоят в браке, во многих случаях родственники пациента не оказывают ему достаточной помощи в решении проблем с психическим здоровьем. В тех случаях, когда члены семьи все же стараются помочь пациенту, они уже могут быть истощены постоянным уходом за пациентом, из-за чего возможно возникновение дополнительных проблем с соматическим здоровьем, что создает дополнительные трудности в семейной поддержке¹⁶.

Важно сделать акцент на том, что эти факторы переплетены, и взаимосвязи на разных уровнях могут приводить к повышенной смертности. Ни один фактор по отдельности не вызывает повышения уровня смертности: лица с ТПР ведут нездоровый образ жизни, включая курение табака, употребление психоактивных веществ, недостаточную двигательную активность и плохое питание; несмотря на это исследования ясно демонстрируют роль других факторов в избыточной смертности помимо факторов, характерных для конкретных расстройств, и образа жизни в целом. Например, несмотря на то, что большинство людей с ТПР умирают от сердечно-сосудистых заболеваний, только у 25 % из них выставляется соответствующий диагноз, и, если учесть фактор выставления диагноза, риск ишемической болезни сердца у них приближается к таковому у общей популяции¹⁵.

Выделение эффекта клинических факторов, факторов системы здравоохранения и социально-экономических факторов демонстрирует, что факторы риска задействованы на каждом уровне⁴⁸. В целом, чем боль-

ше факторов включено в модель, тем больше появляется вариаций в объяснении повышенного уровня смертности⁵.

Многоуровневая схема мероприятий для снижения повышенного уровня смертности

Было разработано несколько мероприятий, руководств и программ направленных на выявленные риски повышенного уровня смертности среди лиц с ТПР. В первую очередь они нацелены на психическое здоровье, факторы риска, связанные с образом жизни, а также на скрининг и лечение соматического здоровья. Некоторые мероприятия подтвердили свою эффективность, но не получили широкого распространения; другие не были в достаточной степени протестированы; для некоторых доказательства неоднозначны или неубедительны. Например, программы помощи с акцентом на наблюдении и контроле над метаболическими побочными эффектами антипсихотиков осуществляются в нескольких вариантах, но результаты многих из них проанализированы в недостаточной степени. В итоге, количество и масштаб надежных проверенных мероприятий остаётся ограниченным, а стратегии реализации и масштабирования программ с прочной доказательной базой редки. Более того, большая часть доступных мероприятий сосредоточена на единичных или ограниченных по количеству факторах риска.

Базируясь на многоуровневой модели факторов риска, мы описываем комплексную систему мероприятий, которая может быть полезна при разработке, реализации и оценке интервенций и программ по снижению избыточной смертности среди лиц с ТПР (Рисунок 1).

Первый уровень мероприятий — индивидуально ориентированный, в то время как второй сфокусирован на системах здравоохранения. Далее мы включаем социо-экономические мероприятия, акцентируя внимание на более широких социальных факторах здоровья: социальной поддержке и смягчении стигматизации. Некоторые программы оказывают влияние на различных уровнях (например, одновременно нацелены на индивидуальное поведение и системы здравоохранения посредством поведенческой регуляции веса тела вместе с координацией медицинской помощи); мы классифицировали их, взяв за основу основные компоненты каждой программы. В процессе разработки нашей системы мероприятий мы предположили, что эффективный подход должен всесторонне охватывать индивидуальное поведение, системы здравоохранения и социальные факторы здоровья. Впрочем, эффективные и масштабируемые комбинации этих мероприятий все ещё только предстоит оценить в полной мере.

Индивидуально-направленные мероприятия

Мероприятия на этом уровне включают стратегии в отношении лиц с ТПР, направленные на их психическое здоровье, соматическое здоровье и образ жизни. Хотя индивидуально направленные интервенции описываются по-отдельности, реализация и эффект этих мероприятий, скорее всего, будет зависеть от функционирования системы здравоохранения в целом.

Мероприятия в области психического здоровья

Лица с ТПР в первую очередь нуждаются в ранней диагностике и адекватной терапии самого психического расстройства. В особенности в СНСД, недоступность лечения или длительный интервал до начала лечения психического заболевания могут увеличить риск смертности^{16,59}. Комплексный инструмент, описывающий медицинскую помощь в отношении большинства серьезных психических заболеваний, руководство по мероприятиям, направленным на устранение «белых пятен» в психическом здоровье (Mental Health Gap

Action Programme (mhGAP)), объединяет основанные на доказательствах рекомендации по широкому спектру расстройств, включающему ТПР. Новизна этого руководства состоит в том, что оно способствует внедрению основанных на доказательствах мероприятий в области психического здоровья в СНСД посредством первичного медицинского звена, опираясь на определенные методы оценки и точки принятия решений, с целью создания комплексного плана ведения каждого пациента. Хотя исследование применения и вклада этого руководства еще продолжается, оно предлагает перспективный подход для эффективного и действенного оказания услуг в сфере психического здоровья.

Правильное применение лекарственных препаратов может снизить повышенную смертность среди лиц с ТПР. Последние исследования и обзоры отмечают положительное воздействие на смертность продолжительного медикаментозного лечения^{30,51} в адекватных дозировках³³ как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе сравнительно с отсутствием лекарственной терапии, особенно при шизофрении⁵². Следование руководствам по медикаментозной терапии, таких как терапевтические рекомендации американской группы по исследованию исходов шизофрении у пациентов⁵³ (American Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) Treatment Recommendations⁵³), судя по всему, эффективны в снижении смертности при шизофрении. Также полезны программы, ориентированные на реабилитацию с фокусом на психообразовании, повышении осведомленности о симптомах, умении преодолевать стресс и решать возникающие проблемы⁵⁴. То же самое можно сказать о стратегиях поддержания людей с ТПР и их семей, связанных с вовлечением в терапевтические мероприятия⁵⁵.

Риск суицида наиболее высок в течение первого года после выписки из психиатрического стационара⁵⁶, при этом не менее четверти случаев регистрируются в течение 30 дней после выписки⁵⁷. В связи с этим, мероприятия по предотвращению суицида⁵⁸ должны быть важным компонентом в планах лечения психических болезней, предназначенных для людей с ТПР, особенно на ранних этапах болезни. Кроме того, лица с ТПР чаще становятся жертвами насильственных преступлений, и по данным последнего мета-анализа, распространённость этого явления составляет 24%⁵⁹. В то же время, количество мероприятий, направленных на предотвращение насильственных преступлений в отношении лиц с ТПР, недостаточно, и необходимо большее количество исследований в этой области.

Лечение соматического здоровья

Медицинская помощь при гипертензии, сахарном диабете и дислипидемии для лиц с ТПР должна быть такой же, как и для людей из общей популяции. Однако компоненты, касающиеся самоконтроля (например, при сахарном диабете), могут потребовать адаптации с учетом когнитивного, функционального и мотивационного дефицита.

Доступные данные позволяют предположить, что мероприятия по совершенствованию скрининга ожирения, гиперлипидемии и гипертензии эффективны для повышения качества диагностики этих состояний среди лиц с ТПР, хотя в этой области все ещё требуется гораздо больше исследований.

Мероприятия, направленные на образ жизни

Мероприятия, направленные на отказ от курения табака, подтвердили эффективность у взрослых пациентов с шизофренией, и рекомендованы начиная с самых ранних фаз лечения^{42,53}. Комбинированная терапия, сочетающая консультирование и бупропион, вместе или без заместительной терапии никотином или варениклином, эффективна как при острой, так и при хронической никотиновой абстиненции, хотя рецидивы

вы обычны⁶⁰. Для лучшего понимания оптимальной продолжительности лечения нужны более длительные исследования, и, что более важно, особенно много работы нужно провести для включения основанных на доказательствах методов лечения от табачной зависимости для курящих людей с ТПР в регулярную практику в рамках системы здравоохранения.

Поведенческие программы для снижения веса, адаптированные для людей с ТПР, в рандомизированных клинических испытаниях показали эффективность в достижении клинически значимого снижения веса⁶¹⁻⁶³. Эффективные мероприятия часто основаны на клинических испытаниях, проведенных в общей популяции, и показавших результат в отношении улучшения питания и повышения интенсивности физических нагрузок, но адаптированных с учетом когнитивных особенностей лиц с ТПР, например, изменениями в содержании и подаче материала с учетом дефицита памяти и исполнительных функций, акцентом на поддержку пациента со стороны окружающих⁶⁴⁻⁶⁶.

В отношении оптимальной реализации и распространения этих программ, некоторые вопросы остаются без ответа, особенно в СНСД. Данные вопросы включают в себя: а) какова необходимая продолжительность и интенсивность программ по снижению веса для людей с ТПР, обеспечивающая длительную эффективность, учитывая, что увеличение интенсивности подобных программ требует существенных трудозатрат (например, из-за повышения частоты встреч с пациентами); б) кто должен осуществлять эти мероприятия в различных условиях; в) как обычные медицинские работники, не являющиеся специалистами в области программ похудения, могут быть обучены оказанию эффективной помощи пациентам в контроле веса и другим мероприятиям, касающимся изменения образа жизни в этой популяции.

Доказательная база эффективности мероприятий, касающихся зависимости от психоактивных веществ и опасного сексуального поведения, ограничена. Литературные данные о мероприятиях, направленных на снижение злоупотребления психоактивными веществами среди лиц с ТПР, обширны, но противоречивы. Результативность этих мероприятий остается ограниченной, особенно в виду проблем с вовлечением и удержанием пациентов в этих программах⁶⁸. Влияние мероприятий, направленных на редукцию опасного сексуального поведения, также ограничено, хотя они могли бы положительно повлиять на другие улучшающие здоровье виды активности, такие как иммунизация. Например, одна комплексная программа мероприятий была посвящена внедрению в психиатрическую помощь скрининга, тестирования, иммунизации, уменьшения опасного поведения и медицинских рекомендаций по ВИЧ и гепатиту, используя расширенную в возможностях стимулирующую модель; тем не менее, хотя участники чаще проходили лабораторную диагностику гепатита В и С, чаще прививались от гепатита А и В, были более осведомлены о гепатитах и среди них снизилась частота употребления психоактивных веществ в сравнении с контрольной группой, опасное сексуальное поведение осталось на прежнем уровне⁶⁹.

Мероприятия, направленные на систему здравоохранения

Следующий уровень схемы включает в себя мероприятия и программы в рамках системы здравоохранения, предназначенные для медицинских работников и касающиеся различных компонентов системы оказания услуг. Они должны реализовываться с учетом многих параметров, таких как количество врачей-специалистов в сравнении с количеством врачей общей практики, неоднородного распределения факторов риска для здоровья, наличия или отсутствия единой системы здравоохранения, а также доступности меди-

цинских технологий и лекарственных препаратов. Усиление шести базовых блоков системы здравоохранения — системы обслуживания; трудовых ресурсов здравоохранения; информирования; медицинских препаратов и изделий, вакцин и технологий; финансирования; руководства и управления — будет способствовать улучшению состояния здоровья у людей с ТПР.

Координация помощи, совместная помощь или единые программы помощи предусматривают поддержание более качественного оснащения системы здравоохранения, обычно посредством дополнительных участников, которые могут играть роль посредника между системами соматической и психиатрической медицинской помощи или объединять предоставление психиатрических и соматических медицинских услуг. Лишь малое число рандомизированных исследований изучало эффективность программ координации помощи при соматических заболеваниях и сердечно-сосудистых факторах риска для лиц с ТПР.

Одна из подобных программ подразумевала оказание помощи руководителем междисциплинарной службы в государственном центре психического здоровья, заключавшейся в большем вовлечении пациентов в заботу об их собственном здоровье, общении с врачами общей практики и специалистами в области психического здоровья и содействию в минимизации барьеров в получении медицинской помощи на уровне системы здравоохранения⁷¹. К 12 месяцу почти 60% участников программы получили рекомендации по профилактике соматических заболеваний в сравнении с 20% из контрольной группы. Кроме того, первые с большей вероятностью посетили врача общей практики (71,2% против 51,9%) и, согласно лабораторным данным, у них были более низкие (лучшие) баллы по Фрамингемской шкале сердечно-сосудистого риска⁷¹.

В недавнем исследовании, продолжавшемся в течение одного года, было проведено сравнение координации медицинской помощи, программы нормализации образа жизни вместе с координацией медицинской помощи и стандартного лечения взрослых с расстройствами шизофренического спектра и увеличенной окружностью талии с оценкой результата в зависимости от уменьшения уровня риска сердечно-сосудистых заболеваний⁷². Медицинская сестра осуществляла координацию помощи, включая общение с врачами общей практики, информирование участников о результатах лабораторных тестов и необходимости в соматической медицинской помощи. Помощь, касающаяся образа жизни, предусматривала еженедельное посещение пациента на дому и консультирование по вопросам сердечно-сосудистых факторов риска, основываясь на предпочтениях участника. Исследование не нашло различий в результатах лечения между группами, что могло быть следствием изначально высокого качества оказания медицинских услуг. Кроме того, хотя предпочтения участников важно учитывать при изменении образа жизни, в результате данные изменения могут быть недостаточно эффективны для существенного оздоровления образа жизни пациентов. Авторы предполагают, что изменение среды могло бы стать следующим шагом в изучении изменения образа жизни в данных условиях⁷².

В нескольких странах, включая США, Соединённое Королевство и Австралию были внедрены руководства, в содержание которых входят комбинации скрининга состояния соматического здоровья, согласованности медицинской помощи между врачами в области психического здоровья и общей практики, контроль над метаболизмом и облегчение доступа к общемедицинской помощи в учреждениях психического здоровья⁷³⁻⁷⁸.

В Соединённых Штатах, Управление службы лечения наркотической зависимости и психических расстройств [Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA], начиная с 2009 года, выделило

187 грантов для общественных организаций с целью создания и увеличения объема предоставляемой первичной помощи для людей с тяжелыми психическими расстройствами (ТПР) на базе учреждений, где они уже получают психиатрическую помощь⁷⁹. Оценка первых лет реализации программы показала, что учреждения предоставили широкий выбор комплексных услуг в области психического здоровья и общемедицинской помощи нуждающимся в них пациентам⁸⁰. Сложности заключались в переоценке вовлеченности потребителей, недостаточной финансовой поддержке и особенностях корпоративной культуры в данных учреждениях. Кроме того, внедрение поведенческих мер воздействия на образ жизни для коррекции веса и отказа от курения, вызвало трудности. Для преодоления подобных проблем в будущих проектах были сформулированы несколько рекомендаций, таких как необходимость поиска стратегий для повышения доступности медицинской помощи и приверженность основанным на достаточных доказательствах мерах по улучшению здоровья.

В Австралии, Подразделение психического здоровья Западно-Австралийского Департамента Здравоохранения [The Western Australia Department of Health Mental Health Division] разработало комплекс клинических рекомендаций по скринингу показателей физического здоровья у пациентов психиатрического профиля и набор протоколов для участковых медицинских сестер⁸¹. Комплекс профилактических мероприятий, созданный согласно принципам доказательной медицины, был предназначен для учреждений психиатрического профиля и направлен на улучшение координации медицинской помощи между медицинскими работниками и психиатрическими пациентами в условиях госпиталей, клиник и общественных медицинских учреждений. Отчет 2010 года⁷⁶ показал три проблемы: стандартизация услуг в зависимости от условий оказания помощи, приверженность и частота их использования, а также надежность методических руководств. В результате методические рекомендации по скринингу были модифицированы с учетом условий оказания помощи, а также была отмечена необходимость коммуникации между различными медицинскими работниками с целью предотвращения как недостатка, так и избытка скрининговых обследований.

Многие протоколы, касающиеся работы медицинских сестер психиатрического профиля, подчеркивают их роль, как в качестве координаторов, так и в качестве непосредственных медицинских работников, включая всестороннюю оценку физического здоровья; управление процессом лечения и направление пациента на необходимые обследования; обучение и поддержку пациентов; увеличение непрерывности и постоянства ухода за пациентами; облегчение коммуникации, доступности и использования госпитальной помощи для людей с ТПР; сотрудничество между медицинским персоналом психиатрического профиля и первичной медицинской помощи, включая диетологов и других консультантов по коррекции образа жизни; обеспечение мер по укреплению здоровья; помощь пациентам по записи к врачам или вовлечение в работу координатора медицинских услуг для помощи пациентам в записи на прием.

В Новом Южном Уэльсе (Австралия) программа метаболического мониторинга⁸² используется в качестве методических рекомендаций по мониторингу и лечению метаболического синдрома сотрудниками государственных психиатрических учреждений, а также для обучения клиницистов и пациентов. Исследование показало, что с внедрением этой программы 60% пациентов стали регулярно контролировать уровень сахара и липидов крови и 54% регулярно производили измерение веса. Комплаентность в отношении измерения окружности талии была меньше и составила лишь 7%⁸³.

В Великобритании, клинические рекомендации по диагностике и лечению психозов и шизофрении Национального института здравоохранения и совершенствования медицинской помощи [The National Institute for Health and Care Excellence, NICE]⁷⁴ содержат предписания, касающиеся оценки и лечения соматических заболеваний медицинскими работниками, систематического мониторинга соматических побочных эффектов лекарств, предлагающие поведенческое консультирование и обращение к другим национальным руководствам (например, руководств по ожирению и диабету) при необходимости. Начиная с 2009 года, NICE рекомендует психиатрам и психиатрическим медицинским сестрам систематически мониторировать вес, индикаторы сердечно-сосудистых и метаболических рисков у людей с ТПР и, при необходимости, предлагать меры по лечению ожирения, изменения липидного состава и предупреждения развития диабета 2 типа. В 2014 году NICE представила обновленные рекомендации по контролю состояния физического здоровья у пациентов с ТПР, в том числе новые рекомендации по лечению никотиновой зависимости. Кроме того, была указана необходимость сбора данных о количестве пациентов с шизофренией, которым была рекомендована диета совместно с физической активностью и отказом от курения.

Совсем недавно усилиями нескольких стран было поддержано использование Лестерской Британской модификации Австралийской стратегии по кардиометаболическому здоровью [The Lester UK Adaptation of the Australian Positive Cardiometabolic Health Resource], которая суммирует безопасные стратегии, помогающие медицинскому персоналу первичного звена в оценке кардиологических и метаболических показателей у людей с ТПР⁷⁸. Данная программа включает в себя информационные материалы в виде загружаемых из интернета плакатов и брошюр для врачей и клиник, сертификаты для пациентов с ТПР для обращения к врачу общей практики или психиатру в порядке получения дополнительной помощи, а также комплекс мероприятий для облегчения процесса внедрения этой программы в систему здравоохранения.

Данный уровень мероприятий также предполагает участие руководителей системы медицинской помощи во внедрении в практику национальных и международных руководств по лечению пациентов с ТПР в их организациях, а также согласование финансовой политики и информационных систем для улучшения и мониторинга качества медицинской помощи⁶³. Важным вопросом для руководителей системы здравоохранения является то, кто обеспечит координацию мер доказательной профилактической медицины для уменьшения ранней смертности пациентов с ТПР. К примеру, стоимость консультаций диетологов и спортивных тренеров может быть чрезмерно высока, и в то же время приверженность рекомендациям более вероятна, если сотрудники психиатрического профиля смогут сами решать вопросы в области физического здоровья. Однако если сотрудники психиатрического профиля будут ответственны за эти процедуры, то, вероятно, они должны пройти специальное обучение и работать под контролем опытных специалистов (супервизоров). Этот вопрос остается важной областью для дальнейших исследований.

В то время как для многих видов мероприятий, реализуемых на уровне системы здравоохранения, эффективность доказана, внедрение этих программ и руководств в целом не было формальным образом оценено в контексте успешности достижения поставленных задач. Остаются некоторые сомнения по поводу их надежности, а также самой эффективной и экономической целесообразной модели медицинской помощи. Кроме того, эти программы в значительной степени основаны на опыте развитых стран; возможность их

реализации в СНСД остается вопросом для дальнейших исследований. В то же время, в СНСД растет объем психиатрической помощи в рамках первичной медицинской помощи, что может затруднить оценку эффективности внедрения в психиатрическую практику мер по снижению уровня смертности.

Мероприятия, направленные на социально-бытовые факторы

Самый широкий уровень данной системы мероприятий включает в себя социально-бытовые факторы и социальные детерминанты здоровья. Именно они определяют диапазон возможностей социальных воздействий, направленных на факторы риска преждевременной смертности.

Программы взаимной поддержки пациентов, программы семейной поддержки и группы для пациентов с психическими заболеваниями⁸⁴ являются теми ресурсами, которые можно использовать для внедрения в практику мер по улучшению здоровья, будь то меры, направленные на образ жизни, автономность в решении проблем, связанных с хроническими заболеваниями, или программы реабилитации.

Свидетельства в пользу широкого внедрения в практику программ по обучению автономности в решении проблем, связанных с хроническими заболеваниями, через группы взаимной поддержки пациентов выглядят перспективно: 6-недельная программа по самоконтролю про хронических заболеваниях, изначально разработанная для общей популяции и адаптированная для пациентов с ТПР, распространением которой занимаются лица с ТПР, направлена на выработку навыков, полезных при различных хронических заболеваниях, в том числе планирование и получение обратной связи, изменение паттернов поведения и решение возникающих проблем, интерпретация симптомов и специфические техники контроля над определенными заболеваниями. Данная программа позволила улучшить состояние здоровья пациентов, а также повысила частоту их обращения за различными видами медицинской помощи. Доступные данные говорят об улучшении качества жизни, приверженности лечению и повышении уровня обращаемости за первичной медицинской помощью⁸⁶. В небольшом рандомизированном исследовании другой модификации этой программы, состоящей из 13 встреч с частотой раз в неделю в группах взаимной поддержки пациентов, у участников улучшились навыки самообслуживания и использования системы здравоохранения по сравнению с контрольной группой⁸⁵. Оба исследования имели относительно короткий курс лечения и использовали самоотчеты пациентов для оценки результатов; в то же время, они были направлены на способы самостоятельного управления хроническими заболеваниями, ориентированными на реабилитацию, у пациентов с ТПР в сочетании с хроническими соматическими заболеваниями, и отличались тем, что в данных программах информация до участников доносилась лицами, страдающими ТПР. Требуется дополнительное исследование для формирования уверенной доказательной базы в отношении пользы групп взаимопомощи пациентов для улучшения состояния физического здоровья у пациентов с ТПР.

Стратегии по уменьшению стигматизации психических больных^{87,88}, как внутри медицинского сообщества, так и за его пределами, так же являются важными мерами для улучшения качества жизни пациентов с ТПР. Последние обзоры, касающиеся эффективных мер по снижению стигматизации и дискриминации психических больных показали, что среди общей популяции эти меры могут улучшить качество краткосрочных коммуникаций, и из них мероприятия в отношении социальных контактов выглядят самыми эффективными. Для психиатрических пациентов полезными пред-

ставляются интервенции на уровне групп. Однако для изучения различий групп пациентов с ТПР и без ТПР необходимо проводить дальнейшие исследования с более четкими дизайнами эксперимента, более длительными курсами лечения и концентрации на понимании стигматизации от лица психиатрических пациентов. Кроме того, исследования должны оценивать поведенческие изменения, а не только изменение отношения к пациентам как результата проведенных мероприятий по снижению стигматизации и дискриминации пациентов с ТПР⁸⁸, и, помимо этого, эффективность снижения стигматизации в СНСД⁸⁷.

В более широком масштабе, стратегии, имеющие благоприятный эффект на всех пациентах, могут быть экстраполированы на пациентов с ТПР, или же может потребоваться их адаптация для влияния именно на здоровье пациентов с ТПР. К примеру, политика общественного здравоохранения в области охраны прав психиатрических пациентов на получение медицинской помощи может значительно улучшить качество жизни пациентов с ТПР. Программы занятости⁸⁹ и жилищного обеспечения могут оказывать существенное влияние на полноценную социализацию людей с ТПР, что может привести к улучшению физического здоровья. Мероприятия на уровне стандартов терапии, влияющие на выявление и лечение суицидального поведения, ВИЧ и курения табака, должны в особенности касаться пациентов с ТПР, что, возможно, будет в значительной степени влиять на здоровье и благополучие этой группы риска. Понимание того, как именно нужно изменить стандарты лечения для максимального улучшения и продления жизни пациентов с ТПР, будет очень важным для дальнейшего внедрения. Например, законодательство по защите прав пациентов может быть в достаточной мере качественным, но часть людей не будут искать возможности его применения во избежание идентификации себя в обществе как людей с психическими отклонениями.

В Великобритании Акт о здравоохранении и социальной помощи от 2012 года [The Health and Social Care Act 2012] утвердил юридическую ответственность для национальной системы здравоохранения по обеспечению паритета в оказании психиатрической и соматической медицинской помощи, что гарантирует одинаковое внимание к улучшению психического и соматического здоровья, а также то, что пациенты с психиатрическими заболеваниями будут получать одинаковую медицинскую помощь в сравнении с общей популяцией. Более того, поручение по улучшению качества и инновациям в медицине [The Commissioning for Quality and Innovation Scheme] обеспечивает дополнительное финансирование, которое учитывает специфические требования ухода за людьми с психическими нарушениями, включая сбор соответствующих данных о физическом здоровье пациентов, выполнение ежегодной диспансеризации и стимулирование отказа от курения. Немаловажно, что данная схема подразумевает коммуникацию с врачом общей практики по поводу выписки пациента из стационара или после осмотра в амбулаторной клинике. Устойчивость подобных стандартов будет важна в будущем.

В США, был предложен метод решения этой проблемы путем обозначения федеральным правительством пациентов с ТПР как «дискриминированной группы» при оказании медицинской помощи, что, в свою очередь, потребует отдельного ведения статистики состояния физического здоровья для этой группы населения и дает им право доступа к более технологичной медицинской помощи⁶³.

Важно отметить, что факторы риска в данной части модели связывают между собой как систему здравоохранения, так и индивидуально-ориентированные мероприятия. Стандарты оказания медицинской помо-

щи оказывают влияние на работу системы здравоохранения, а специальные поведенческие или поддерживающие программы часто внедряются через систему здравоохранения (например, программы взаимной поддержки пациентов). Стандарты оказания медицинской помощи, такие как страхование или паритет оказания соматической и психиатрической помощи, затрагивают услуги, доступные для каждого отдельного психиатрического пациента, что является принципиально важным для их устойчивости. Тем не менее необходимы дополнительные свидетельства в пользу внедрения тех или иных стандартов оказания медицинской помощи с целью снижения повышенного уровня смертности у пациентов с ТПР.

Приоритеты для клинической практики, стандартов оказания помощи и дальнейших исследований

Суммируя информацию, полученную из многоуровневой модели факторов риска повышенной смертности и комплексной системы мер по снижению смертности, мы выделяем описанные ниже ключевые мероприятия для клинической практики, стандартов оказания помощи и дальнейших исследований по снижению повышенной смертности у людей с ТПР.

Клиническая практика

Актуальные литературные данные совместно с принципами равенства охраны здоровья обеспечивают достаточные обоснования для изменения некоторых аспектов клинической практики. В настоящее время отдельные врачи могут стремиться к тому, чтобы оказывать медицинскую помощь в соответствии с рекомендациями по лечению. Как минимум, рекомендации по лечению соматического здоровья для пациентов из общей популяции могут быть применены для пациентов с ТПР. Практикующие врачи должны иметь в виду опасность пропустить соматическое заболевание и уделять внимание образу жизни и физическому здоровью пациентов с ТПР.

Актуальные литературные данные совместно с принципами равенства охраны здоровья свидетельствуют в пользу следующих подходов:

- Координация поддержки амбулаторных пациентов в течение первого года после выписки из психиатрического стационара (в частности, диспансерное наблюдение медицинскими работниками, непрерывность медицинской помощи) для уменьшения количества суицидов⁵⁷. Это может быть особенно важно для определенных возрастных групп пациентов с ТПР, относящихся к группе высокого риска²².

- У каждого из пациентов с ТПР должны быть ответственные за их физическое и психическое здоровье медицинские работники. Если это разные лица (например, психиатр и врач общемедицинской практики), то между ними должна быть налажена коммуникация и координация действий, что будет гарантировать проведение скрининга, обеспечение профилактических мероприятий и контроль за побочными эффектами антипсихотических препаратов^{10,76,78}.

- Пациентам с ТПР должны быть предложен тот же объем основных медицинских обследований⁹⁰, что и для общей популяции (к примеру, обследование в отношении риска сердечно-сосудистых заболеваний и онкологии).

- Медицинские работники должны рекомендовать отказ от курения каждому пациенту с ТПР. Многие пациенты с ТПР могут и хотят бросить курить, но зачастую медицинские работники не рекомендуют им отказываться от курения⁹¹⁻⁹³.

- Следует внедрять в практику доказанные методы оздоровления образа жизни пациентов с ТПР, такие как диета и повышение физической активности. В случае, если поведенческие программы не были адаптированы

для пациентов с ТПР, их следует модифицировать с учетом мотивационных и когнитивных проблем в этой популяции, что может включать в себя социальную поддержку и поддержку окружения пациента.

Лица с ТПР должны быть обозначены как уязвимая группа в вопросе равенства охраны здоровья. Например, лечение табачной зависимости у пациентов с ТПР может потребовать специального обучения персонала и адаптации информационных материалов. Внедрение способов бытовой поддержки (средства или напоминания в окружении пациента, которые улучшают функционирование, такие как смартфоны), стратегии по адаптации к мотивационному и когнитивному дефициту (разделение больших заданий или объемов информации на более мелкие составляющие, повторение, мультимодальное преподнесение информации), более частые контакты с пациентом и социальная поддержка могут помочь повысить эффективность медицинской помощи.

Данные опорные пункты для внедрения в клиническую практику были созданы с пониманием того, что их внедрение будет существенно различаться в зависимости от распределения специалистов, врачей общей практики и социальных работников в различных странах.

Международные стандарты оказания медицинской помощи

На международном уровне, снижение повышенного уровня смертности пациентов с ТПР должно быть частью обширной программы охраны здоровья. Программа действий по психическому здоровью ВОЗ 2013-2020 [The WHO Mental Health Action Plan 2013-2020] утвердила психическое здоровье как фундаментальную часть определения здоровья ВОЗ, включая постановку целей, направленных на оказание комплексных и интегративных услуг в психиатрии. Психическое здоровье в настоящее время занимает одно из приоритетных положений в Целях Устойчивого Развития ООН. Уменьшение разницы в ожидаемой продолжительности жизни у лиц с ТПР станет большим шагом к достижению целей по всеобщему охвату населения медико-социальными услугами, эффективному лечению неинфекционных заболеваний, отказу от курения и снижению суицидов⁵⁸. Эти стратегии способствуют дальнейшей поддержке прав лиц с ТПР на достижение самого высокого возможного уровня здоровья, а также полноценной социализации и трудоустройству.

В международном масштабе, приоритетная интеграция планов и программ по внедрению различных мероприятий (например, в области психического здоровья и злоупотребления психоактивными веществами, неинфекционных заболеваний, отказа от курения, предотвращения насилия, здорового питания и физической активности) может создать прецедент объединения усилий и достижения успехов в решении сложных медицинских многофакторных проблем. Это могло бы привести к появлению особых подходов во всех областях здоровья, касающихся пациентов с ТПР, что может способствовать сокращению разницы в обеспечении равенства охраны здоровья этой незащищенной группы. К примеру, Сборник мероприятий по терапии особо важных неинфекционных заболеваний [The Package of Essential Noncommunicable (PEN) disease interventions] для первичного медицинского звена в условиях недостатка ресурсов рекомендует проводить консультации по здоровому образу жизни для пациентов общей популяции⁹⁴. Лицам с ТПР может потребоваться больше ресурсов и более целенаправленный подход для выполнения каких-либо рекомендаций, чем для общей популяции, а также особых дополнений к основной программе (таких как поддерживающая помощь, более длительные и интенсивные медицинские вмешательства и когнитивная адаптация), что

может быть отражено в данных документах. Подобные стратегии способствуют сближению с междисциплинарными принципами программы действий по психическому здоровью ВОЗ по всеобщему охвату населения медико-социальными услугами, правам людей, основанной на доказательствах практике, стратегий, рассчитанных на длительную перспективу и междисциплинарному подходу, а также расширению прав и возможностей лиц с ТПР.

На национальном уровне, политические меры должны быть сконцентрированы на укреплении существующей системы здравоохранения. Это позволит облегчить внедрение и интеграцию эффективных мероприятий в систему здравоохранения и общество в целом, что будет способствовать улучшению психического здоровья населения⁹⁵.

В дополнение к специальным программам, нацеленным на услуги для отдельных лиц и населения в целом, национальные стандарты лечения должны обеспечивать возможности и ресурсы для планового сбора данных о ключевых показателях повышенной смертности лиц с ТПР в локальных, национальных и региональных базах данных. Информация о здоровье и системы мониторинга будут необходимы для наблюдения за уровнем смертности и выделения значимых тенденций. Данные на уровне отдельных государств должны удовлетворять специфическим потребностям населения, оценивая влияние повышенного уровня смертности лиц с ТПР на инвалидизацию и смертность в целом, включая распространенность риска сердечно-сосудистых, инфекционных и других заболеваний. Это является особенно важным для СНСД, в которых значимые тенденции и потребности могут отличаться от стран с высоким доходом. Самое главное, что подобные базы данных позволят проводить сравнения как внутри стран, так и между странами, на основании чего возможна разработка методов по уменьшению разницы в смертности лиц с ТПР по сравнению с общей популяцией.

Исследования

В последнее время ученые преуспели в работе над пониманием причин повышенной смертности, разработке и тестировании мер и программ для снижения влияния факторов, вызывающих преждевременную смертность лиц с ТПР, что было отражено в многоуровневой модели рисков, представленной в этой статье. В то же время есть необходимость более четко описать некоторые факторы, выяснить, на какие из них можно воздействовать, и как они отличаются в различных условиях, в частности, в странах со средне-низким уровнем дохода.

В то время как свидетельства в пользу лечения психических болезней надежны, доказательная база эффективности мероприятий по снижению повышенной смертности у лиц ТПР остается ограниченной. Также в литературе отсутствует оценка значимости психологической устойчивости и других факторов, обладающих протективными свойствами, а также анализ значимости факторов, связанных непосредственно с ТПР в сравнении с социально-бытовыми факторами и особенностями системы здравоохранения. Это говорит о необходимости лучшего понимания относительного риска повышенной смертности у лиц с ТПР.

Хотя существуют доказательства эффективности специфических поведенческих и фармакологических мер для профилактики нездорового питания, малоподвижного образа жизни и отказа от курения, поведенческие меры коррекции для других нежелательных типов поведения, нуждаются в дальнейшем тестировании, особенно для коморбидного злоупотребления психоактивными веществами. Для существующих мероприятий с доказанной эффективностью нужно провести исследования оптимальной длительности и величины

дозы для положительного эффекта в отношении здоровья, что немаловажно для распределения ресурсов. Определение сроков проведения этих поведенческих и фармакологических мероприятий может также принести пользу для здоровья.

Системы мероприятий, разработанные для общей популяции и направленные на неинфекционные и инфекционные заболевания, а также на другие проблемы со здоровьем, вероятней всего, в меньшей степени эффективны для лиц с ТПР в связи с когнитивным дефицитом и другими специфическими потребностями этой популяции. В связи с этим, подобные программы для лиц с ТПР требуют доработки. Однако требуется больше исследований для решения вопроса о том, в какой мере данная адаптация необходима. Мультимодальные подходы, которые могут сочетать поведенческие и фармакологические вмешательства, и включать в себя такие составляющие, как группы взаимной поддержки пациентов и новые технологии, являются перспективными, но все еще должны быть исследованы систематически для уточнения вопроса о том, являются ли мультимодальные программы эффективными и, если да, то какие из них, а также какие именно компоненты этих мероприятий приносят больше всего пользы для здоровья. Последние результаты говорят, что некоторые комбинированные подходы могут быть неэффективными или существенно зависеть от существующих систем здравоохранения⁷². Мы должны определить, каким образом структурные меры могут поспособствовать этим подходам. Многие люди с ТПР имеют множество сердечно-сосудистых и других рисков, связанных с образом жизни, которые могут быть скорректированы. Поэтому будущие исследования должны быть направлены на исследование мероприятий, касающихся коррекции этих факторов риска, а также рисков, напрямую связанных со смертностью.

Необходимы исследования для выявления благоприятных и неблагоприятных факторов в отношении внедрения рекомендаций по лечению, основанных на принципах доказательной медицины, и государственных стандартов оказания помощи на всех уровнях системы мероприятий (индивидуальном, системы здравоохранения и социальном). Нам нужно понять, как внедрить основанные на достоверных свидетельствах методы в реальную клиническую практику, принимая во внимание проблемы с обучением и рабочей силой, а также зачастую ограниченными средствами местных общественных организаций. Нам нужно понять, в какой степени мероприятия или программы могут или должны распространяться в различных странах.

Другой важной областью исследований будет оценка влияния мероприятий в области системы здравоохранения и государственных мер на повышенную смертность лиц с ТПР. Нам необходимо понять, почему у пациентов с ТПР не отмечается положительной тенденции к уменьшению смертности от некоторых заболеваний и отказу от курения, как это происходит в общей популяции. Исследователи должны использовать модель естественного эксперимента, а также разработать модели исследования на уровне системы здравоохранения и на популяционном уровне для оценки вклада этих программ.

В то время как было разработано несколько руководств по скринингу, наблюдению и лечению психических и физических заболеваний на основе литературных данных высокого качества, использование и внедрение в практику этих руководств не было изучено систематически для поддержки их широкого применения и оценки влияния на факторы риска повышенной смертности лиц с ТПР. Подобным образом, интегрированные программы лечения нуждаются в оценке их действительной эффективности в отношении влияния на факторы риска повышенной смертности. Подходы

по координации лечения являются частыми элементами этих интегрированных программ и привлекают врачей, медицинских сестер, экспертов и других работников в качестве ключевых сотрудников, ответственных за адекватное взаимодействие психиатрической и соматической систем медицинской помощи. Остаются вопросы относительно необходимых элементов координации ухода за больными, включая задачи, роли и области ответственности вовлеченного персонала. Кроме того, в связи с высокой ресурсоемкостью подобных программ, необходима оценка с точки зрения «затраты-эффективность» различных подходов для лиц с ТПР, особенно в условиях нехватки ресурсов. Это необходимо в частности потому, что мы стараемся отдать первостепенное значение изучению факторов риска преждевременной смертности лиц с ТПР в СНСД.

Выводы

Повышенный уровень смертности у лиц и населения с ТПР остается важной глобальной проблемой общественного здоровья. Лица с ТПР представляют уязвимую группу с множеством серьезных потребностей в области охраны здоровья. Несмотря на все известные факторы риска преждевременной смертности, доказательства эффективности мер по ее снижению у лиц с ТПР недостаточны.

В этой статье мы предложили и описали модели, переназначенные для лучшего понимания сложных взаимоотношений между факторами риска и смертностью, а также описали меры по снижению смертности на индивидуальном, системы здравоохранения и социально-бытовом уровнях. Эти модели позволили нам выявить ключевые точки приложения усилий для клинической практики, государственных стандартов оказания помощи и исследований с целью достижения равенства в оказании медицинской помощи лицам с ТПР.

Благодарности

Каждый пункт этой статьи был обсужден в течение заседания, собранного Департаментом психического здоровья и наркотической зависимости штаба Всемирной организации здравоохранения в ноябре 2015 года и финансировано Fountain House, Нью-Йорк. S. Saxena и T. Dua являются сотрудниками ВОЗ. Они ответственны за выраженные в этой статье точки зрения, которые необязательно отражают решения, политику и мнения ВОЗ. N.H. Liu и G.L. Daumit являются авторами с равным вкладом в опубликованную работу.

Библиография

1. Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M et al. Outcome of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders in Denmark, Finland and Sweden 1987-2006. *Br J Psychiatry* 2011;199:453-8.
2. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry* 2014;13:153-60.
3. Laursen TM, Musliner KL, Benros ME et al. Mortality and life expectancy in persons with severe unipolar depression. *J Affect Disord* 2016;193:203-7.
4. Saha S, Chant D, McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:1123-31.
5. Cuijpers P, Vogelzangs N, Twisk J et al. Comprehensive meta-analysis of excess mortality in depression in the general community versus patients with specific illnesses. *Am J Psychiatry* 2014;171:453-62.
6. Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden 38 *World Psychiatry* 16:1 - February 2017 implications: a systematic review and metaanalysis. *JAMA Psychiatry* 2015;72:334-41.
7. Hayes JF, Miles J, Walters K et al. A systematic review and meta-analysis of premature mortality in bipolar affective disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2015;131:417-25.
8. Maj M. Physical illness and access to medical services in persons with schizophrenia. *Int J Ment Health* 2008;37:3-21.

9. Thornicroft G. Physical health disparities and mental illness: the scandal of premature mortality. *Br J Psychiatry* 2011;100:441-2.
10. 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.
11. Suetani S, Whiteford HA, McGrath JJ. An urgent call to address the deadly consequences of serious mental disorders. *JAMA Psychiatry* 2015;72:1166-7.
12. Charlson FJ, Baxter AJ, Dua L et al. Excess mortality from mental, neurological and substance use disorders in the Global Burden of Disease Study 2010. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2015;24: 121-40.
13. Olfson M, Gerhard T, Huang C et al. Premature mortality among adults with schizophrenia in the United States. *JAMA Psychiatry* 2015;72:1172-81.
14. Laursen TM. Life expectancy among persons with schizophrenia or bipolar affective disorder. *Schizophr Res* 2011;131:101-4.
15. Crump C, Winkleby MA, Sundquist K et al. Comorbidities and mortality in persons with schizophrenia: a Swedish national cohort study. *Am J Psychiatry* 2013;170:324-33.
16. Fekadu A, Medhin G, Kebede D et al. Excess mortality in severe mental illness: 10-year population-based cohort study in rural Ethiopia. *Br J Psychiatry* 2015;206:289-96.
17. Laursen TM, Mortensen PB, MacCabe JH et al. Cardiovascular drug use and mortality in patients with schizophrenia or bipolar disorder. A Danish population-based study. *Psychol Med* 2013;43:1-13.
18. Nordentoft M, Wahlbeck K, Hallgren J et al. Excess mortality and causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PLoS One* 2013;8:e55176.
19. Hennekens CH, Hennekens AR, Hollar D et al. Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. *Am Heart J* 2005;150: 1115-21.
20. Crump C, Sundquist K, Winkleby MA et al. Comorbidities and mortality in bipolar disorder: a Swedish national cohort study. *JAMA Psychiatry* 2013;70:931-9.
21. Lawrence D, Holman CD, Jablensky AV et al. Excess cancer mortality in Western Australian psychiatric patients due to higher case fatality rates. *Acta Psychiatr Scand* 2000;101:382-8.
22. Nordentoft M, Mortensen PB, Pedersen CB. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68:1058-64.
23. Crump C, Sundquist K, Winkleby MA et al. Mental disorders and risk of accidental death. *Br J Psychiatry* 2013;203:297-302.
24. Crump C, Sundquist K, Winkleby MA et al. Mental disorders and vulnerability to homicidal death: Swedish nationwide cohort study. *BMJ* 2013;346:f557.
25. World Health Organization. A conceptual framework for action on social determinants of health. Geneva:World Health Organization, 2010.
26. Marmot M, Friel S, Bell R et al. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet* 2008;372:1661-9.
27. World Health Organization. Mental health action plan 2013-2020. Geneva: World Health Organization, 2013.
28. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S et al. Smoking and mental illness: a population-based prevalence study. *JAMA* 2000;284:2606-10.
29. Dipasquale S, Pariante CM, Dazzan P et al. The dietary pattern of patients with schizophrenia: a systematic review. *J Psychiatry Res* 2013;47:197-207.
30. Janney CA, Ganguli R, Richardson CR et al. Sedentary behaviour and psychiatric symptoms in overweight and obese adults with schizophrenia and schizoaffective disorders (WAIST study). *Schizophr Res* 2013;145:63-8.
31. Correll CU, Detraux J, De Lepeleire J et al. Effects of antipsychotics, antidepressants and mood stabilizers on risk for physical diseases in people with schizophrenia, depression and bipolar disorder. *World Psychiatry* 2015;14:119-36.
32. Torniaainen M, Mittendorfer-Rutz E, Tanskanen A et al. Antipsychotic treatment and mortality in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2015; 41:656-63.
33. Cullen BA, McGinty EE, Zhang YY et al. Guideline-concordant antipsychotic use and mortality in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2013;39:1159-68.

34. Foley DL, Morley KI. Systematic review of early cardiometabolic outcomes of the first treated episode of psychosis. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68:609-16.
35. Lawrence D, Holman CDJ, Jablensky AV et al. Death rate from ischaemic heart disease in Western Australian psychiatric patients 1980-1998. *Br J Psychiatry* 2003;182:31-6.
36. Kisley S, Campbell LA, Wang Y. Treatment of ischemic heart disease and stroke in individuals with psychosis under universal health care. *Br J Psychiatry* 2009;195:545-50.
37. Laursen TM, Munk-Olsen T, Agerbo E et al. Somatic hospital contacts, invasive cardiac procedures, and mortality from heart disease in patients with severe mental disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2009;66:713-20.
38. Chen YH, Lin HC, Lin HC. Poor clinical outcomes among pneumonia patients with schizophrenia. *Schizophr Bull* 2011;37:1088-94.
39. Daumit GL, Pronovost PJ, Anthony CB. Adverse events during medical and surgical hospitalizations for persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:267-72.
40. Jones S, Howard L, Thornicroft G. 'Diagnostic overshadowing': worse physical health care for people with mental illness. *Acta Psychiatr Scand* 2008;118:169-71.
41. Corrigan PW, Mittal D, Reaves CM et al. Mental health stigma and primary health care decisions. *Psychiatry Res* 2014;218:35-8.
42. McGinty EE, Baller J, Azrin ST et al. Interventions to address medical conditions and health-risk behaviors among persons with serious mental illness: a comprehensive review. *Schizophr Bull* 2016;42:96-124.
43. Laursen TM, Munk-Olsen T, Gasse C. Chronic somatic comorbidity and excess mortality due to natural causes in persons with schizophrenia or bipolar affective disorder. *PLoS One* 2011;6:e24597.
44. Druss BG, Rosenheck RA. Mental disorders and access to medical care in the United States. *Am J Psychiatry* 1998;155:1775-7.
45. Morrison DS. Homelessness as an independent risk factor for mortality: results from a retrospective cohort study. *Int J Epidemiol* 2009;38:877-83.
46. Nielsen SF, Hjorthoj CR, Erlangsen A et al. Psychiatric disorders and mortality among people in homeless shelters in Denmark: a nationwide register-based cohort study. *Lancet* 2011;377:2205-14.
47. Kiviniemi M, Suvisaari J, Pirkola S et al. Fiveyear follow-up study of disability pension rates in first-onset schizophrenia with special focus on regional differences and mortality. *Gen Hosp Psychiatry* 2011;33:1445-52.
48. Druss BG, Zhao L, von Esenwein et al. Understanding excess mortality in persons with mental illness: 17-year follow up of a nationally representative US survey. *Med Care* 2011;49:599-604.
49. World Health Organization. Mental health gap action programme. Geneva: World Health Organization, 2008.
50. World Health Organization. Mental health gap action programme intervention guide. Geneva: World Health Organization, 2010.
51. Sampson S, Mansour M, Maayan N et al. Intermittent drug techniques for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;7:CD006196.
52. 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;374:1-12.
53. Buchanan RW, Kreyenbuhl J, Kelly DL et al. The 2009 schizophrenia PORT psychopharmacological treatment recommendations and summary statements. *Schizophr Bull* 2010;36:71-93.
54. McGuire AB, Kukla M, Green A et al. Illness management and recovery: a review of the literature. *Psychiatr Serv* 2014;65:171-9.
55. Dixon LB, Holoshitz Y, Nossel I. Treatment engagement of individuals experiencing mental illness: review and update. *World Psychiatry* 2016;15:13-20.
56. Haklai Z, Goldberger N, Stein N et al. The mortality risk among persons with psychiatric hospitalizations. *Israel J Psychiatry Rel Sci* 2011; 48:230-9.
57. Organization for Economic Cooperation and Development. Health at a glance 2015. Geneva: Organization for Economic Cooperation and Development, 2015.
58. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization, 2014.
59. Hughes K, Bellis MA, Jones L et al. Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet* 2012;379:1621-9.
60. Evins AE, Cather C, Pratt SA et al. Maintenance treatment with varenicline for smoking cessation in patients with schizophrenia and bipolar disorder: a randomized clinical trial. *JAMA* 2014;311:145-54.
61. Daumit GL, Dickerson FB, Wang NY et al. A behavioural weight-loss intervention in persons World Psychiatry 16:1 - February 2017 39 with severe mental illness. *N Engl J Med* 2013; 368:1594-602.
62. Green CA, Yarborough BJH, Leo MC et al. The STRIDE weight loss and lifestyle intervention for individuals taking antipsychotic medications: a randomized trial. *Am J Psychiatry* 2015;172:71-81.
63. Druss BG, Bornemann TH. Improving health and health care for persons with serious mental illness: the window for US federal policy change. *JAMA* 2010;303:1972-3.
64. Appel L, Champagne C, Harsha D et al. Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control: main results of the PREMIER clinical trial. Writing Group of the PREMIER Collaborative Research Group. *JAMA* 2003;289:2083-93.
65. Whelton PK, Appel LJ, Espeland MA et al. Sodium reduction and weight loss in the treatment of hypertension in older persons: a randomized controlled trial of nonpharmacologic interventions in the elderly (TONE). TONE Collaborative Research Group. *JAMA* 1998;279:839-46.
66. World Health Organization. Interventions on diet and physical activity: what works. Geneva: World Health Organization, 2009.
67. Drake RE, O'Neal E, Wallach MA. A systematic review of psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *J Subst Abuse Treat* 2008; 34:123-38.
68. Mueser KT, Glynn SM, Cather C et al. Family interventions for co-occurring substance use and severe psychiatric disorders: participant characteristics and correlates of initial engagement and more extended exposure in a randomized controlled trial. *Addict Behav* 2012; 34:864-77.
69. Rosenberg SD, Goldberg RW, Dixon LB et al. Assessing the STIRR model of best practices for blood-borne infections in clients with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2010;61:885-91.
70. World Health Organization. Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization, 2007.
71. Osborn D, Nazareth I, Wright CA et al. Impact of a nurse-led intervention to improve screening for cardiovascular risk factors in people with severe mental illness. Phase-two cluster randomized feasibility trial of community mental health teams. *BMC Health Serv Res* 2010;10: 61-73.
72. Speyer H, Norgaard HCB, Birk M et al. The CHANGE trial: no superiority of lifestyle coaching plus care coordination plus treatment as usual compared to treatment as usual alone in reducing risk of cardiovascular disease in adults with schizophrenia spectrum disorders and abdominal obesity. *World Psychiatry* 2016;15:155-65.
73. Barnes TR, Paton C, Cavanagh MR et al. UK prescribing observatory for mental health. A UK audit of screening for the metabolic side effects of antipsychotics in community patients. *Schizophr Bull* 2007;33:1397-403.
74. National Institute for Health and Care Excellence. Lester UK adaptation. Positive cardiometabolic health resource. London: National Institute for Health and Care Excellence, 2014.
75. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. A standard framework for levels of integrated healthcare. Washington: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2013.
76. University of Western Australia. Clinical guidelines for the physical care of mental health consumers. Report. Perth: University of Western Australia, 2010.
77. University of Western Australia. Nurse practitioner protocols for managing the physical health of mental health patients guideline. Perth: University of Western Australia, 2010.
78. Shiers D, Curtis J. Cardiometabolic health in young people with psychosis. *Lancet Psychiatry* 2014;1:492-4.
79. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services. Primary and behavioral health care integration grants (PBHCI). Washington: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014.
80. Scharf DM, Eberhart NK, Schmidt Hackbath N et al. Evaluation of the SAMSHA Primary and Behavioral Health Care Integration (PBHCI) Grant Program: final report. Santa Monica: RAND Corporation, 2014.
81. Stanley SH, Laugharne JDE. Clinical guidelines for the physical care of mental health consumers: a comprehensive assessment and monitoring package for mental health and primary care clinicians. *Aust N Z J Psychiatry* 2011;45:824-9.82. New South Wales Government. Metabolic monitoring, a new mental health clinical documentation module. Sydney: New South Wales Government, 2012.

83. Organ B, Nicholson E, Castle D. Implementing a physical health strategy in a mental health service. *Australas Psychiatry* 2010;18:456-9.
84. Semrau M, Lempp H, Keynejad R et al. Service user and caregiver involvement in mental health system strengthening in low- and middle-income countries: systematic review. *BMC Health Serv Res* 2016;16:79.
85. Lorig KR, Sobel DS, Stewart AL et al. Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial. *Med Care* 1999;37:5-14.
86. Druss BG, Zhao L, von Esenwein SA et al. The Health and Recovery Peer (HARP) Program: a peer-led intervention to improve medical selfmanagement for persons with serious mental illness. *Schizophr Res* 2010;118:264-70.
87. Semrau M, Evans-Lacko S, Koschorke M et al. Stigma and discrimination related to mental illness in low- and middle-income countries. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2015;24:382-94.
88. Thornicroft G, Metha N, Clement S et al. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *Lancet* 2016;387:1123-32.
89. Burns T, Catty J, Becker T et al. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomized controlled trial. *Lancet* 2007;370:1146-52.
90. Siu AL, US Preventive Services Task Force (USPSTF), Bibbins-Domingo K et al. Screening for depression in adults: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA* 2016;315: 380-7.
91. Schroeder SA. Smoking cessation should be an integral part of serious mental illness treatment. *World Psychiatry* 2016;15:175-6.
92. Dixon LB, Dickerson F, Bellack AS et al. The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophr Bull* 2010;36:48-70.
93. National Institute for Health and Care Excellence. Quality statement 7: promoting health eating, physical activity and smoking cessation. London: National Institute for Health and Care Excellence, 2015.
94. World Health Organization. Package of essential NCD interventions for primary health care: cancer, diabetes, heart disease and stroke, chronic respiratory disease. Geneva: World Health Organization, 2010.
95. Shidhaye R, Lund C, Chisholm D. Closing the treatment gap for mental, neurological and substance use disorders by strengthening existing health care platforms: strategies for delivery and integration of evidence-based interventions. *Int J Ment Health Syst* 2015;9:40.
96. Patel V. Lay health worker led intervention for depression and anxiety disorders in India: impact on clinical and disability outcomes over 12 months. *Br J Psychiatry* 2011;199:459-66.

DOI:10.1002/wps.20384