

Малярия и психическое расстройство: популяционное исследование в эндемичном районе по малярии в Кении

Малярия – гемоконтактное заболевание, вызываемое плазмодиями через укусы комаров – является до сих пор ключевым фактором заболеваемости и смертности в регионах Африки к югу от Сахары. Однако, насколько нам известно, ранее не было проведено эпидемиологических или клинических исследований взаимоотношений этой болезни и психических расстройств¹.

Возможные связи между малярией и психическими расстройствами имеют сложную закономерность. Малярия, как инвалидизирующее соматическое заболевание, может провоцировать депрессию, в то время как депрессия может способствовать малярии путем влияния на иммунитет и изменяя поведение. Депрессия может препятствовать лечению и выздоровлению от малярии, и наоборот. Известно, что африканские клиницисты часто неправильно диагностируют жалобы на усталость и общую слабость как малярию, но, в действительности, у человека не обнаруживается паразитемия, а он страдает от депрессии. Такая неверная диагностика ведет к ошибочному назначению противомаларийных препаратов, которые могут устранить протективную низкоуровневую паразитемию. Между тем, пациент остается с недиагностированной и нелеченной депрессией, которая может способствовать заражению малярией, а также противодействовать личным профилактическим мероприятиям против малярии.

Мы провели исследование домашних хозяйств в эндемичном по малярии районе Кении для определения связей между малярией и психическими расстройствами. Детальный обзор методов этого исследования был описан в других

статьях²⁻⁸. Обобщая, мы взяли случайную выборку домашних хозяйств из сельских санитарной и демографических служб надзора⁹, включающих более 70000 населения вблизи Кисуму, Озера Виктория, Кении, и выбрали по одному взрослому старше 16 лет в случайном порядке из каждого хозяйства. Младший исследовательский персонал провел стандартизированные клинические опросы и взял анализы крови на малярийного плазмодия, которые были проанализированы в Научно-Исследовательском Медицинском Институте Кении (Kenya Medical Research Institute).

Клинический опрос включал в себя систематическую оценку социо-демографических показателей. Более того, мы применяли Обновленное Клиническое Интервью (Clinical Interview Schedule-Revised), которое определяет наличие депрессии, обсессивно-компульсивного расстройства, панического расстройства, фобического расстройства, генерализованного тревожного расстройства и смешанного тревожно-депрессивного расстройства путем измерения 14 симптомов за предшествующий месяц и частоту, длительность и тяжесть каждого из них за последнюю неделю, совмещая баллы каждого симптома с диагностическими алгоритмами МКБ-10. Другим образом, 12 баллов или больше по 14 секциям опросника расценивается как индикатор наличия «любого распространенного психического расстройства» (ЛРПР).

Дальнейшие инструменты оценки включали Скрининговый опросник психоза (Psychosis Screening Questionnaire), который оценивает психотические симптомы; Скрининговую шкалу самостоятельной оценки СДВГ у взрослых ВОЗ

(WHO Adult ADHD Self-Report Scale Screener.), которая определяет симптомы синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ); Скрининговый опросник травматического опыта (Trauma Screening Questionnaire), оценивающего симптомы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР); а также Тест выявления расстройств, вызванных употреблением алкоголя (Alcohol Use Disorders Identification Test for Consumption (AUDIT)), определяющий злоупотребление алкоголем. Мы также задавали вопросы о суицидальных мыслях и попытках (в течение прошлой недели, прошлого года, в течение жизни) и о количестве и частоте употребления алкоголя.

Ободрение Этического комитета было предоставлено Советом по вопросам этики Лондонского королевского Колледжа (the King's College London) и Научно-Исследовательским Медицинским Институтом Кении (Kenya Medical Research Institute). Письменное и заверенное информированное согласие было запрошено у глав каждого выбранного домашнего хозяйства, а затем и у самих исследуемых для принятия участия в исследовании.

1158 пациентов дали согласие на участие в исследовании, в то время как лишь 32 отказались участвовать и 149 отказались от забора крови, что дало общую долю откликов равную 91,4%. Малярийные плазмодии определились у 28% испытуемых, ЛРПР – у 10,3%, один или более психотический симптом – у 13,9%, ПТСР – у 10,6%, суицидальные мысли в течение жизни – у 7,9%, суицидальные попытки – у 1,9%, а злоупотребление алкоголем определялось у 6,4% испытуемых.

Мы провели бивариантный и мультивариантный анализ связей малярии с различными психическими расстройствами (оцененными описанными выше инструментами), и обнаружили, что наличие малярии ассоциировалось на бивариантном уровне с повышенной частотой ЛРПР (OR 1,7, $p=0,014$), но не с повышенной частотой психотических симптомов, СДВГ, ПТСР, употребления алкоголя и его злоупотребления или суицидальными мыслями или попытками. При корректировании на другие переменные, включающие пол, связь малярии с ЛРПР оставалась достоверной (OR 1,6, $p=0,05$), отражая то, что риск заражения малярией для лиц, страдающих ЛРПР, выше на 60%.

Эта ассоциация не является результатом погрешности используемых методов в связи с измерением симптомов общей слабости и усталости, потому что малярия была подтверждена наличием объективной паразитемии, а не симптомов самих по себе, пусть даже и соответствие ЛРПР было определено по наличию 14 разных психологических симптомов, включающих усталость и чрезмерную озабоченность телесными проявлениями.

То, что нами не было обнаружено связи между малярией и психотическими симптомами, является интересным, но

не неожиданным, так как церебральная форма малярии, при которой могут наблюдаться зрительные галлюцинации, требует неотложной госпитализации, а наша выборка включала только амбулаторных больных, живущих дома.

Преимуществом этого исследования является использование большой репрезентативной выборки взрослого населения из сельских санитарной и демографических служб надзора с высоким откликом участия. Ограничения были практическими и заключались в трудности сбора крови в полевых условиях и сохранной доставке их в лабораторию.

Относительно высокая частота как малярии, так и психических расстройств, а также ассоциация малярии с распространенными психическими расстройствами говорит о важности улучшения компетенции медицинского персонала первичного звена и способности информационной системы управления здравоохранения регистрировать наличие специфических психических расстройств в той же мере, как и коморбидность физических и психических расстройств. Биопсихосоциальный подход к обучению, наблюдению и информационным системам управления здравоохранения необходим для устранения бремени как психических, так и физических болезней, и их сочетаний в Центральной Африке.

Rachel Jenkins¹, Caleb Othieno², Linnet Ongeri³, Michael Ongecha⁴, Peter Sifuna⁵, Raymond Omollo³, Bernhards Ogutu³

¹Health Services and Population Research Department, Institute of Psychiatry, King's College London, London, UK; ²Department of Psychiatry, University of Nairobi, Nairobi, Kenya; ³Kenya Medical Research Institute, Nairobi, Kenya; ⁴Kenya Medical Research Institute, Kisumu, Kenya; ⁵Kombewa Health and Demographic Surveillance Site, Kombewa, Kenya

Перевод: Шишорин Родион (Москва)

Редактор: к.м.н. Чумаков Е.М. (Санкт-Петербург)

(World Psychiatry 2017(3);16(3):324-325)

Библиография

1. Langhorne J, Ndungu FM, Sponaas AM et al. Nat Immunol 2008;9:725-32.
2. Jenkins R, Omollo R, Ongecha Met al. Malar J 2015;14:263.
3. Jenkins R, Othieno C, Ongeri L et al. Int J Environ Res Publ Health 2015;12:5310-28.
4. Jenkins R, Othieno C, Ongeri L et al. BMC Psychiatry 2015;15:309.
5. Jenkins R, Othieno C, Omollo R et al. Int J Environ Res Publ Health 2015;12:13494-509.
6. Jenkins R, Othieno C, Ongeri L et al. Glob Ment Health 2015;2:e14.
7. Jenkins R, Othieno C, Omollo R et al. BMC Public Health 2015;15:759.
8. Jenkins R, Othieno C, Ongeri L et al. BMC Psychiatry 2015;15:230.
9. Sifuna P, Oyugi M, Ogutu B et al. Int J Epidemiol 2014;43:1097-104.

DOI:10.1002/wps.20473