

ПОЗИТИВНА ДИНАМІКА ЛІКАРНЯНОЇ ЛЕТАЛЬНОСТІ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ: ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ ТА КЛІНІЧНИЙ АСПЕКТИ

Дніпропетровська клінічна психіатрична лікарня, Україна

Мета: встановити динаміку смертності хворих на шизофренію за 25-річний період (1989-2013 рр.) у Дніпропетровській клінічній психіатричній лікарні; виявити чинники, що впливають на показник лікарняної летальності цих хворих.

Матеріали і методи. Ретроспективно суцільним методом вивчено 84 медичні карти стаціонарного хворого за 1989–1990 рр. (I період) та 52 медичні карти стаціонарного хворого за 2011–2013 рр. (II період) хворих на шизофренію, що померли у лікарні у вказані періоди. У роботі використовувалися методи динамічного та кореляційного аналізу.

Результати. Встановлено хвилеподібну динаміку лікарняної летальності хворих на шизофренію. Найвищим показник лікарняної летальності був у 1996 р. (3,18 % на 100 вибулих хворих), а найнижчим – у 2012 р. (0,53%). Основною причиною смерті стала серцево-судинна патологія, злякисні новоутворення, туберкульоз, захворювання органів травлення, пневмонія, травми. Також встановлено відсутність комплексної допомоги та наступності при лікуванні хворих в амбулаторних умовах у I періоді спостереження.

Висновки. Найбільш ефективним є комплексне поліпрофесійне обслуговування хворих в амбулаторних умовах за спільної участі лікаря-психіатра та лікарів соматичної медицини.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: шизофренія, лікарняна летальність, комплексне обслуговування.

Інтеграція психіатрії у соматичну, загальномедичну систему викликає жваву увагу клінічних фахівців і організаторів охорони здоров'я у зв'язку із проблемами підвищеної смертності хворих на шизофренію.

За даними спеціальних досліджень [2;3;14] хворі на шизофренію частіше і раніше вмирають, середній вік дожиття на 20% менший, ніж у загальній популяції [1;3;12].

Проблема значного зниження коефіцієнта смертності жителів України вирішується на різних рівнях надання медичної допомоги [4;6;10;11].

Підвищена смертність при шизофренії обумовлена як насильницькими (нещасні випадки, вбивства, суїциди), так і природними причинами. Серед останніх актуальні кардіальна, неврологічна, дихальна, ендокринна, інфекційна і паразитарна, онкологічна патологія [8].

Великий вплив на смертність хворих на шизофренію виявляють такі розповсюджені у хворих на шизофренію фактори ризику, як підвищена вага й ожиріння, підвищення рівня холестерину сироватки крові, паління, малорухливий спосіб життя, артеріальна гіпертонія, цукровий діабет [7;9]. Великого значення набула проблема коморбідності з цукровим діабетом, сифілісом, міокардіопатією [5].

Аналіз наукових джерел засвідчив відсутність на теперішній час вірогідної статистики частоти і причин смертності хворих на шизофренію, що

утруднює розробку індикаторів ефективності організаційних заходів, спрямованих на зменшення смертності хворих на шизофренію [13;15;16].

Усе вищенаведене обумовлює теоретичний і практичний інтерес вивчення причин смертності від соматичних захворювань хворих на шизофренію.

Мета дослідження: встановити динаміку смертності хворих на шизофренію за 25-річний період (1989–2013 рр.) у Дніпропетровській клінічній психіатричній лікарні, виявити закономірності та встановити дієві чинники, які впливають на показник лікарняної летальності хворих.

Матеріали і методи. У ході роботи вивчалися архівні статистичні дані лікарні, медичні карти стаціонарних хворих та протоколи патологоанатомічного дослідження хворих на шизофренію, померлих у 1989–1991 рр. (84 чол.) та у 2011–2013 рр. (52 чол.).

У роботі використовувалися статистичні методи дослідження (динамічний аналіз, кореляційний аналіз). Обробка отриманих результатів проводилася з використанням надбудови Excel.

Результати дослідження та їх обговорення. Ретроспективно суцільним методом вивчено 84 медичні карти стаціонарного хворого за 1989–1990 рр. (I період) та 52 медичні карти стаціонарного хворого за 2011–2013 роки (II період) усіх хворих на шизофренію, померлих у лікарні у вказані періоди.

У всіх хворих діагноз шизофренії встановлено відповідно до критеріїв Міжнародних класифікацій з перекодуванням діагнозів, встановлених з 1989 року до 1994 року, відповідно до кодів МКХ-10. Критерієм виключення з дослідження був вік пацієнтів молодше 18 років.

Хворі на шизофренію інваліди I та II групи склали серед хворих I періоду 82,3%, II – 83,1%; соматичні захворювання були у 5,8% хворих I періоду і у 4,9% – II періоду.

В обох групах перебіг шизофренії безперервний, несприятливий. Клінічно відзначалася резистентність до фармакотерапії навіть за наявності високих доз і тривалої терапії. Усі хворі були байдуже або негативно налаштовані щодо лікування. У 96% хворих фармакотерапія обмежувалася тільки часом перебування у лікарні.

В обох групах дослідження переважали хворі з давністю процесу понад 34 роки: 30,2% серед хворих I періоду та 31,4% серед хворих II періоду.

Серед хворих I періоду сільські жителі склали 28,2%, міські – 71,8%; у хворих II періоду 27,9% і 72,1% відповідно.

Серед хворих I періоду чоловіки склали 54,9%, жінки – 45,1%; хворих II періоду – 54,6% та 45,4% відповідно.

За життя у хворих на шизофренію діагностувалася така патологія: цереброваскулярна патологія – 34,3%, ішемічна хвороба серця – 31,5%, хронічні гепатити – 3,4%, цукровий діабет – 2,1%, захворювання крові – 1,8%, пневмонія – 1,5%, туберкульоз легень – 1,5%, злоякісні новоутворення – 0,2%, інші захворювання – 23,7%.

Основною причиною смерті хворих були: хвороби системи кровообігу – 66,6%, злоякісні новоутворення – 13,3%, туберкульоз – 6,7%, захворювання органів травлення – 6,6%, захворювання органів дихання (пневмонії) – 3,3%, травми – 3,3%, інші – 0,2%.

Піки летальності прийшлися на вікові періоди 51–60 років – 21,5% та понад 61 рік – 44,2%, що пов'язано з тривалим періодом ендогенної інтоксикації, накопиченням негативних факторів, які беруть участь у розвитку коморбідних соматичних захворювань.

Остання госпіталізація для 88,3% хворих I періоду та 89,4% хворих II періоду проводилася по швидкій допомозі.

Смерть в лікарні у 71,4% померлих I періоду настала через $24 \pm 4,2$ дня, у 69,5% померлих II періоду – через $22 \pm 3,9$ дня.

Згідно з наведеними соціально-демографічними даними, не встановлено вірогідних відмінностей між хворими I і II періоду дослідження.

Показник летальності на 100 вибулих хворих на шизофренію за 25-річний (1989–2013 рр.) період дослідження мав хвилеподібний характер (табл., рис. 1).

Таблиця. Динаміка показника летальності на 100 вибулих хворих на шизофренію у 1989–2013 роках

Рік	Вибуло хворих на шизофренію	Померло хворих на шизофренію	Летальність на 100 вибулих
1989	3420	33	0,96
1990	3292	20	0,61
1991	3220	31	0,96
1992	3221	35	1,09
1993	3355	60	1,79
1994	3104	67	2,16
1995	2730	50	1,83
1996	2450	78	3,18
1997	2519	75	2,98
1998	2804	48	1,71
1999	2870	47	1,64
2000	2663	58	2,18
2001	2673	54	2,02
2002	2574	49	1,90
2003	2627	38	1,45
2004	2510	40	1,59
2005	2345	32	1,36
2006	2220	27	1,22
2007	2236	22	0,98
2008	2283	24	1,05
2009	2460	20	0,81
2010	2376	24	1,01
2011	2599	22	0,85
2012	2460	13	0,53
2013	2558	17	0,66

Аналіз динамічних рядів показника летальності хворих на шизофренію свідчить про його зростання з 1989 р. до максимального значення 3,18 у 1996 р. і поступове його зниження з 1,59 у 2004 р. до 0,53 у 2012 році.

Поглиблений аналіз летальності хворих на шизофренію свідчить, що хворі I періоду в амбулаторних умовах нехтували комплексною лікарською допомогою при виникненні соматичних проблем самостійно, що потребувало нагляду з боку рідних. Хворі не дотримувалися режиму спостереження у лікаря-терапевта та інших фахівців соматичної медицини, була відсутня наступність у веденні хворих в амбулаторних та стаціонарних умовах, між лікарем-психіатром і спеціалістами соматичної медицини за місцем мешкання.

Така ситуація потребувала нових організаційних заходів щодо ведення хворих з важкими психічними розладами та соматичною патологією.

Після обговорення отриманих результатів на медичній раді було прийнято рішення про удо-

сконалення організації надання соматичної допомоги психічно хворим і покращання наступності в ланцюжку: D психіатричний стаціонар D лікар-

психіатр D фахівці районної поліклініки (сімейний лікар) D соматичний стаціонар D (рис. 2).

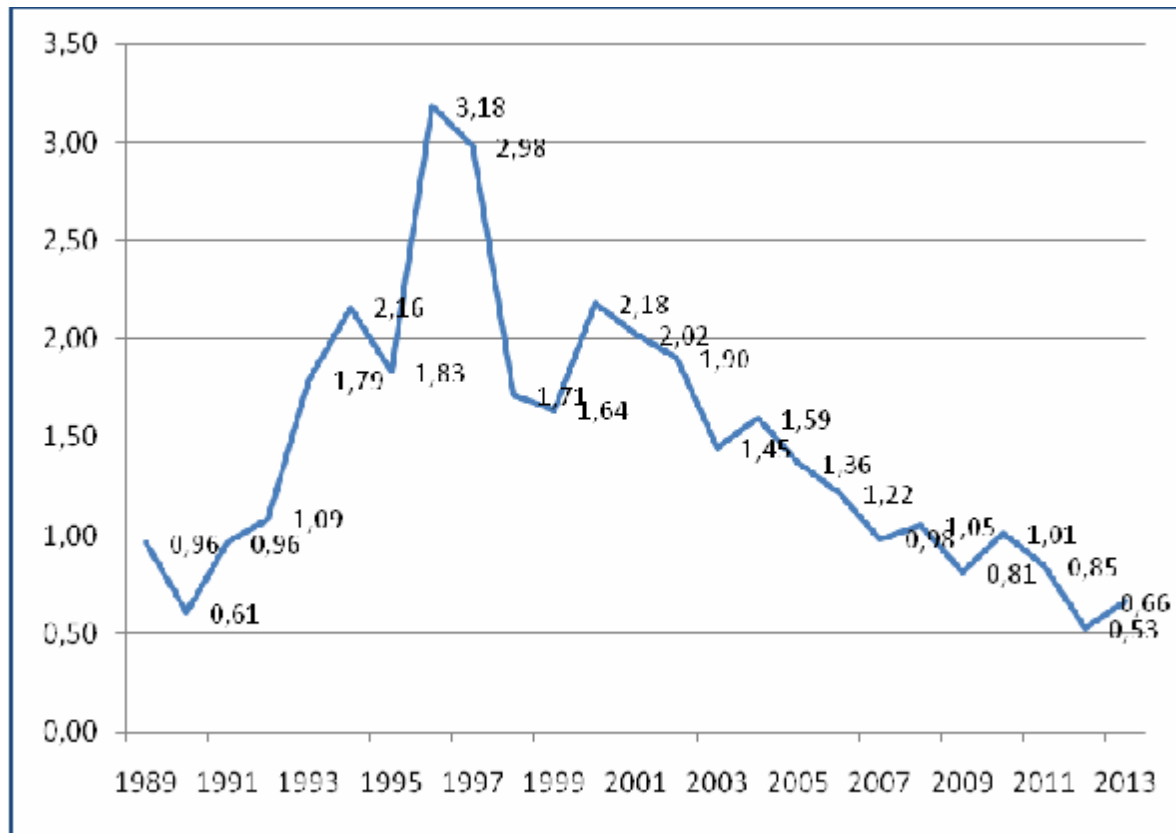


Рис. 1. Летальність хворих на шизофренію на 100 вибулих зі стаціонару за роками (1989–2013 рр.)

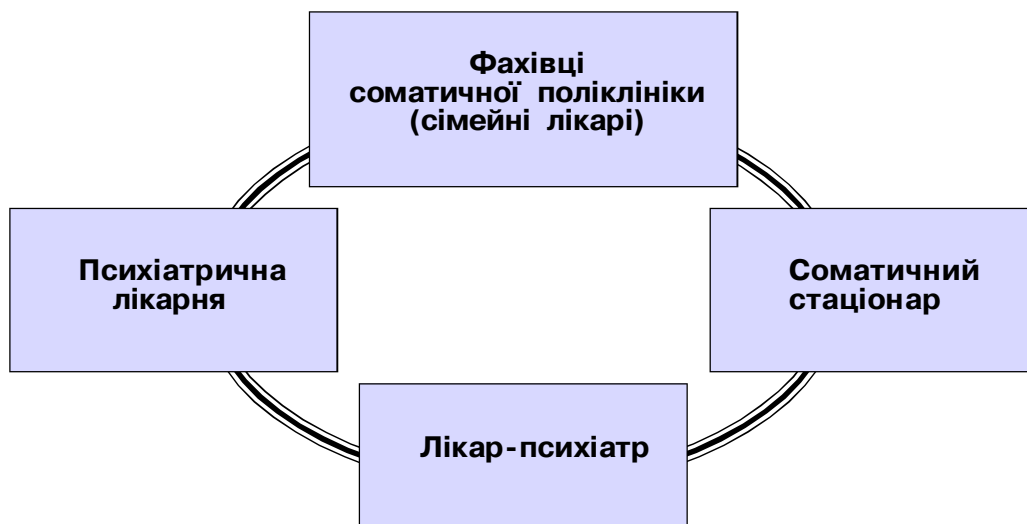


Рис. 2. Схема наступності в наданні соматичної медичної допомоги психічно хворим

Відповідними наказами департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації і лікарні з 2003 р. закріплено новий алгоритм надання комплексної безперервної медичної допомоги хворим з поєднаною важкою психічною і соматичною пато-

логією. Введено, за усвідомленою згодою хворого, обов'язкове взаємне інформування лікарем-психіатром фахівців соматичної медицини щодо підсумків обстеження та лікування хворих у стаціонарі.

За місцем мешкання курація хворих проводилася комплексно лікарем-психіатром та лікарем соматичної медицини.

Такий порядок комплексного обслуговування хворих на шизофренію та актуальну соматичну патологію дозволив знизити у II періоді спостереження показник летальності з 1,59 на 100 вибулих хворих на шизофренію у 2004 р. до 0,66, тобто у 2,4 рази.

Таким чином, позитивна динаміка лікарняної летальності хворих на шизофренію обумовлена змінами в організації надання медичної допомоги з акцентом на комплексне поліпрофесійне обслуговування таких хворих лікарем-психіатром у співдружності із сімейним лікарем і лікарями соматичного напрямку.

Висновки

1. Лікарняна летальність хворих на шизофренію за даними проведеного дослідження у період з 1989 р. до 2013 р. мала хвилеподібний перебіг.

2. Найбільш високим показник лікарняної летальності був у 1996 р. – 3,18% на 100 вибулих хворих на шизофренію, а найнижчим – у 2012 р. – 0,53 % (по Україні – 0,62 %).

3. Сьогодні найбільш ефективним є комплексне поліпрофесійне обслуговування хворих в амбулаторних умовах за спільної участі лікаря-психіатра та лікарів соматичної медицини.

4. Необхідна реєстрація у лікаря-психіатра і медичній карті амбулаторного хворого за місцем мешкання усіх соматичних захворювань хворого на шизофренію з метою забезпечення тісної взаємодії дільничних психіатрів, сімейних лікарів і фахівців соматичної медицини, які здійснюють первинну і вторинну медичну допомогу.

Перспективи подальших досліджень полягають у поглибленому вивченні структури захворюваності та організації медичного забезпечення хворих на шизофренію з актуальною соматичною патологією.

Список літератури

1. Волков В. П. Кардиологические причины смерти больных шизофренией / В. П. Волков // Соц. и клин. психиатрия. – 2012. – Т. 22, № 4. – С. 41–44.
2. Геннинг А. В. Соматическая патология у больных психиатрического стационара / А. В. Геннинг, Ю. Н. Панин, В. А. Кирьяк // Материалы Общерос. конф. [«Взаимодействие специалистов в оказании помощи при психических расстройствах»], (Москва, 27–30 окт. 2009 г.). – М., 2009. – С. 15.
3. Клинические и социальные оценки больных шизофренией, лечившихся в психиатрическом стационаре / Лобко А. Н., Сафронов А. Г., Пашковский В. Э., Савельев А. П. // Психическое здоровье. – 2013. – № 11. – С. 24–31.
4. Ковальчук А. Ю. Характеристика соціально-демографічної ситуації та соціально значущих захворювань в Україні [Електронний ресурс] / А. Ю. Ковальчук // Укр. мед. часопис. – 2014. – № 1 (99) – I/II. – Режим доступу : <http://www.umj.com.ua/article/71500/xarakteristika-socialno-demografichnoi-situacii-ta-socialno-znachushhix-zaxvoryuvan-v-ukraini>. – Назва з екрану.
5. Марута Н. А. Проблемы коморбидности в современной психиатрии. Теоретический, клинический, терапевтический и организационный аспекты / Н. А. Марута // Здоров'я України. – 2013. – Темат. номер. – С. 38–39.
6. Москаленко В. Ф. Старіння та здоров'я: виклики та підходи до їх вирішення / В. Ф. Москаленко, Т. С. Грузева / Східноєвроп. журн. громадського здоров'я. – 2012. – № 2–3 (18–19). – С. 231–237.
7. Прибытков А. А. Нарушение социального функционирования больных шизофренией / А. А. Прибытков // Соц. и клин. психиатрия. – 2012. – Т. 22, № 4. – С. 27–29.
8. Проект глобального плана действий по охране психического здоровья. – ВОЗ, 2012.
9. Рукина Н. Ю. Сравнительные клинические и социальные характеристики больных шизофренией : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н. Ю. Рукина. – Томск, 2012. – 20 с.
10. Федчишин Н. Е. Аналіз лікарняної летальності від гострого інфаркту міокарда / Н. Е. Федчишин // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я. – 2013. – № 4 (58). – С. 48–51.
11. Чепелевська Л. А. Позитивні зміни смертності населення України: регіональний аспект / Л. А. Чепелевська, Ю. О. Буртова // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я. – 2012. – № 4 (54). – С. 5–7.
12. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study) / Tiihonen J., Lonnqvist J., Wahlbeck K. [et al.] // Lancet. – 2009. – Vol. 374. – P. 620–627.
13. Antipsychotic drugs: sudden cardiac death among elderly patients / Narang P., El-Rafai M., Parlapalli R. [et al.] // Psychiatry (Edmont). – 2010. – Vol. 7, № 10. – P. 25–29.
14. Lawrence D. The epidemiology of excess mortality in people with mental illness / D. Lawrence, S. Kisely, J. Pais // Can. J. Psychiatry. – 2010. – Vol. 55, № 12. – P. 752–759.
15. Non-cardiac QTc-prolonging drugs and the risk of sudden cardiac death / Straus S. M. J. M., Sturkenboom M. C. J. M., Bleumink G. S. [et al.] // Eur. Heart J. – 2005. – Vol. 26. – P. 2007–2012.
16. Pharmacological interventions for people with depression and chronic physical health problems: systematic review and meta-analyses of safety and efficacy / Taylor D., Meader N., Bird V. [et al.] // Br. J. Psychiatry. – 2011. – Vol. 198 (3). – P. 179–88.

ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ ДИНАМИКА БОЛЬНИЧНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ: ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ И КЛИНИЧЕСКИЙ АСПЕКТЫ

Ю.Н. Завалко, М.Ф. Андрейко (Днепропетровск)

Днепропетровская клиническая психиатрическая больница, Украина

Цель: установить динамику смертности больных шизофренией за 25-летний период (1989–2013 гг.) в Днепропетровской клинической психиатрической больнице; определить факторы, влияющие на показатель больничной летальности этих больных.

Материалы и методы. Ретроспективно сплошным методом изучены 84 медицинские карты стационарного больного за 1989–1990 гг. (I период) и 52 медицинские карты стационарного больного за 2011–2013 гг. (II период) больных шизофренией, умерших в больнице в указанные периоды. В работе использовались методы динамического и корреляционного анализа.

Результаты. Установлена волнообразная динамика больничной летальности больных шизофренией. Самым высоким показателем больничной летальности был в 1996 г. (3,18 % на 100 выбывших больных), а самым низким – в 2012 г. (0,53%). Основной причиной смерти стала сердечно-сосудистая патология, злокачественные образования, туберкулез, заболевания органов пищеварения, пневмония, травмы. Также установлено отсутствие комплексной помощи и преемственности при лечении больных в амбулаторных условиях в I периоде наблюдения.

Выводы. Наиболее эффективным является комплексное полипрофессиональное обслуживание больных в амбулаторных условиях при совместном участии врача-психиатра и врачей соматической медицины.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **шизофрения, больничная летальность, комплексное обслуживание.**

POSITIVE DYNAMICS HOSPITAL MORTALITY PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA: ORGANIZATIONAL AND CLINICAL ASPECTS

J.M. Zavalko, M.F. Andreiko

The Dnepropetrovsk clinical psychiatric hospital, Ukraine

Purpose: to establish dynamics of mortality in patients with schizophrenia for the 25-years period (1989–2013) in Dnepropetrovsk clinical psychiatric hospital; to reveal factors that affect the rate of hospital mortality in these patients.

Materials and methods. Retrospective the continuous method investigates 84 medical cards of inpatient for 1989–1990 (I period) and 52 medical cards of inpatient for 2011–2013 (II period) schizophrenic patients died in the hospital during this period. In work methods of dynamic and correlation analysis were used.

Results. It is established wave-like dynamics of hospital mortality in patients with schizophrenia. The highest rate of hospital mortality was in 1996 (3.18% per 100 left patients) and the lowest - in 2012 (0.53%). The main cause of death was cardiovascular pathology, malignant neoplasm, tuberculosis, diseases of the digestive organs, pneumonia, traumas. Also found the lack of comprehensive care and continuity in the treatment of patients in outpatient conditions in I period of supervision.

Conclusions. The most effective is comprehensive polyprofessional service of patients on an outpatient basis at joint participation of psychiatrist and doctors of somatic medicine.

KEY WORDS: **schizophrenia, hospital mortality, comprehensive service.**

Рукопис надійшов до редакції 10.10.2014 року

Відомості про авторів:

Завалко Юрій Миколайович – головний лікар комунального закладу «Дніпропетровська клінічна психіатрична лікарня» Дніпропетровської обласної ради», кандидат медичних наук, Заслужений лікар України, вул. Бехтерева, буд. 1, м. Дніпропетровськ 49115, e-mail: dkpl@i.ua, роб. т. (056) 753-44-96.

Андрейко Михайло Федорович – заступник головного лікаря комунального закладу «Дніпропетровська клінічна психіатрична лікарня» Дніпропетровської обласної ради», кандидат медичних наук, вул. Бехтерева, буд. 1, м. Дніпропетровськ 49115, e-mail: dkpl@i.ua, роб. т. (056) 753-44-93, дом. т. (0562) 42-65-79.