

Н.А. Марута, д.м.н., ГУ «Інститут неврології, психіатрії і наркології НАМН України», г. Харків

Проблема коморбидності в сучасній психіатрії. Теоретичний, клінічний, терапевтичний і організаційні аспекти

Проблеми психічного здоров'я актуальні для всіх країн світу [10, 23, 27, 29]. В країнах Європейського регіону 46,6% населення на протязі життя переживають психічне розлад, а у 17% дорослих і 18% дітей виявлені підпорогові психічні розлади. Загальне число психічних розладів при цьому становить 26,6% від усього навантаження захворювань в Європі [18, 21, 23, 27, 39].

Населення України також відчуває навантаження психічних розладів, однак, в порівнянні з європейськими країнами, виявляється менша поширеність цих захворювань. Загальний показник захворюваності менше, що і обумовлює низькі показники захворюваності і поширеності розладів, який за останнє десятиліття зріс на 16,5% [7]. В цілому, характеризує тенденції епідеміологічної ситуації в Україні, слід відзначити зменшення рівня захворюваності психічними розладами, повільне зростання їх поширеності і швидкий приріст інвалідності, що розвинулася внаслідок цієї патології.

Серед причин такої ситуації виділяють наступні:

- методологічні, включаючи невідповідність класифікацій, діагностичних тестів, методів фармакотерапії і психосоціальної реабілітації;
- організаційні, до яких належить структурне невідповідність психіатричної служби запитам населення, неформальна соціально-орієнтована служба, що не дозволяє проводити лікувальні заходи без відходу від суспільства і його важливих психосоціальних впливів;
- фінансово-економічні причини, які слід позначити як недостатнє фінансування служб психічного здоров'я, що могло б забезпечити, з однієї сторони, якісне надання допомоги, а з іншої – структурну її перебудову.

Серед клінічних причин частіше за все виділяють патоморфоз, резистентність, порушення приверженості терапії. Однією з найважливіших клінічних причин

низької виявляемості і недостатньої ефективності лікування психічних розладів є коморбидність [26].

Згідно сучасним представленням під коморбидністю розуміють наявність у пацієнта не менше двох розладів, кожне з яких може вважатися самостійним і діагностуватися незалежно від іншого (Klerman, 1990). В літературі продовжується дискусія стосовно етіології коморбидних станів, ключовим питанням якої є єдинство або множинність причин цієї патології. Незважаючи на це, отримані дані свідчать про високий ризик коморбидності в молодому віці, низьким рівнем освіти, безробіттям і самотністю (ESEMeD/MHEDEA, 2004) [4, 11, 12].

Коморбидність психічних розладів – неоднорідна категорія, до якої належать різні види коморбидності (коморбидність психічного розладу з соматичним або неврологічним захворюванням), психіатрична (коморбидність двох і більше психічних розладів) і змішана (психічний розлад поєднується з психічною, і з соматичною патологією) [37].

Дані досліджень, проведених в Україні, свідчать про те, що найчастіше коморбидністю для психічних розладів є коморбидність з неврологічними, ендокринними захворюваннями, патологією внутрішніх органів і системними розладами (табл.) [16, 28, 36].

ДР характеризується також і психіатричною коморбидністю, в структурі

якої переважають тривожні розлади (ТР), зустрічаються у 48% пацієнтів з депресією (рис. 1) [40].

Як свідчать наведені дані, з найбільшою частотою коморбидною парою при ДР є генералізоване тривожне розлад (ГТР), панічне розлад (ПР), соціальна фобія (СФ) і обсессивно-компульсивне розлад (ОКР) [20].

Закономірністю поєднання ДР і ТР є висока ймовірність розвитку депресії у пацієнта з первинно встановленим діагнозом «тривожне розлад», що перевищує ймовірність розвитку ТР при першому встановленні ДР в 6-20 раз [13].

ДР зустрічається у 24-30% хворих на цукровий діабет (СД), при цьому відзначається більша частота коморбидності при СД 2 типу. Встановлено, що у 10% пацієнтів з СД зустрічається велике ДР, а з віком ризик розвитку ДР зростає [35].

В проведених дослідженнях показано, що в парі «алкогольна залежність – депресія» кожна хвороба збільшує ризик розвитку іншої, при цьому більше доведено здатність першої сприяти розвитку другої, ніж навпаки [17].

При ТР найпоширенішим варіантом коморбидності є психіатрична коморбидність, що включає поєднання СФ з ПР (11,6%) і ГТР (13,5%); ГТР з ПР (20,3%) і алкогольною залежністю (11,2%); ОКР з ПР, СФ і ГТР (53%). При описанні коморбидності у хворих з ТР підкреслюється, що у 72% пацієнтів з ГТР присутня історія депресії [8, 14].

Найбільше вивченими є механізми коморбидності при поєднанні ТР і ДР. Ці механізми представлені в трьох моделях (рис. 2).

Перша модель – причинна, що визначає тривогу, викликану соціальними



Н.А. Марута

стресами, в якості причинного фактора, який обумовлює розвиток депресії.

Друга модель – істинна коморбидність, що передбачає наявність загальних етіологічних механізмів (в частині, серотонінергічної дисфункції) формування тривоги і депресії.

Третя модель пояснює коморбидність паралельним існуванням двох розладів: тривожного і депресивного (15).

Особливістю коморбидності біполярних розладів (БР) є часта зустріч загальної медичної і психіатричної коморбидності, що послужило основою для введення критерію «коморбидність» в діагностичні критерії БР 2 типу [13].

Найчастіше БР поєднується з онкологічними, серцево-судинними захворюваннями, ожирінням, СД 2 типу і патологією щитовидної залози. Результатом такої коморбидності є підвищена смертність від кардіоваскулярних захворювань і раку у пацієнтів з БР [42].

Психіатрична коморбидність при БР визначається поєднанням патології з ТР, залежностями від психоактивних речовин і алкоголю, особливими розладами і асоціальним поведінням (рис. 3).

Таблиця. Загальної медичної коморбидності депресії	
Неврологічні захворювання	<ul style="list-style-type: none"> • хронічна і гостра цереброваскулярна патологія • деменція • розсіяний склероз • хвороба Паркінсона • пухлики мозку • мігрень • хвороба Коновалова-Вільсона • черепно-мозгова травма • епілепсія
Воспалювальні захворювання	<ul style="list-style-type: none"> • ревматоїдний артрит • системна еритема • синдром Шегрена
Захворювання внутрішніх органів	<ul style="list-style-type: none"> • пухлики • серцево-судинні захворювання (інфаркт міокарда) • СПІД • пульмонологічні захворювання • захворювання печінки і нирок
Ендокринні захворювання	<ul style="list-style-type: none"> • СД 2 типу • хвороба Кушинга • хвороба Аддісона • тиреоїдні і паратиреоїдні розлади • порушення менструального циклу

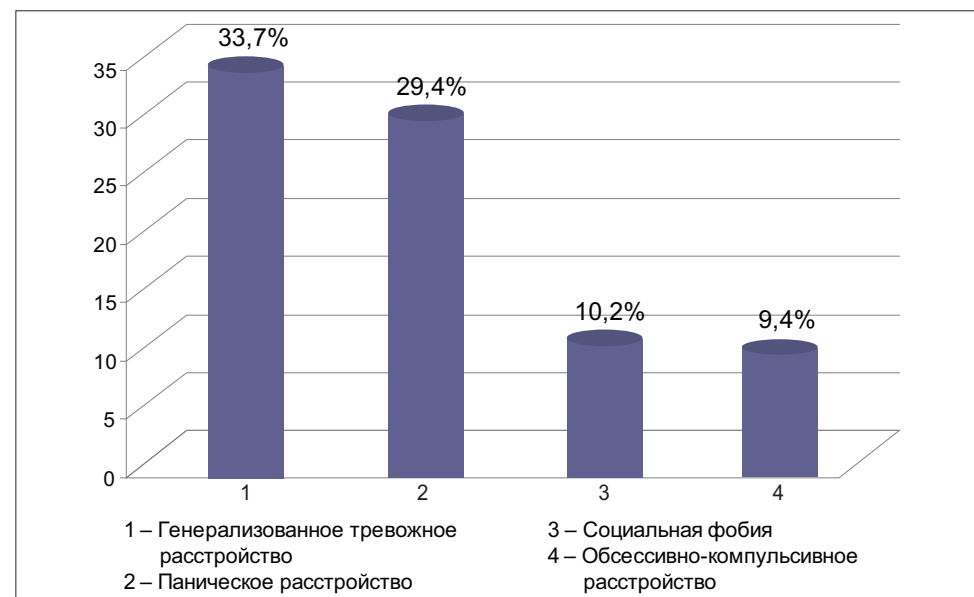


Рис. 1. Психіатрична коморбидність депресії

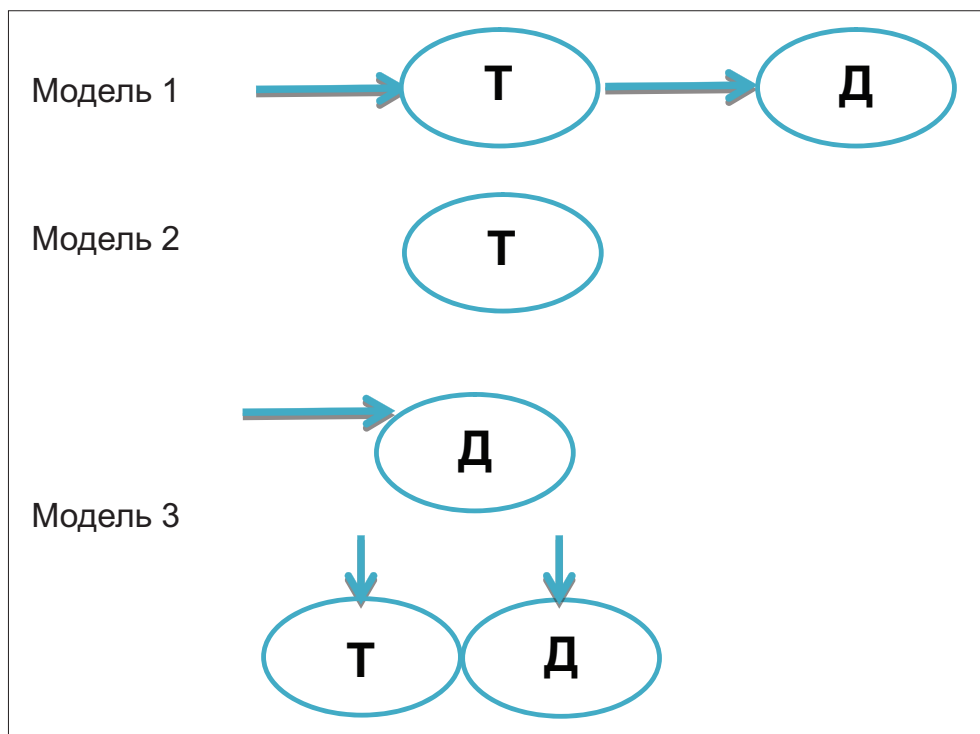


Рис. 2. Модели сочетания тревоги и депрессии

Наиболее частый вариант психиатрической коморбидности – сочетание с ТР, которое выявляется у 93% пациентов. Подчеркивается, что коморбидность при БР ассоциируется с ранним возрастом дебюта, ускорением цикличности и утяжелением эпизодов [9].

Изучена коморбидность БР у детей и подростков. При этом показано, что основными формами психиатрической коморбидности являются синдром дефицита внимания и гиперактивности (85%), два или более ТР (64%), расстройства поведения (51%) и зависимости от психоактивных веществ (12%).

Основные варианты общемедицинской коморбидности у детей и подростков – ожирение, СД 2 типа, эндокринные нарушения, мигрень, эпилепсия, олигофрения, сердечно-сосудистые заболевания и бронхиальная астма [24, 41].

К наиболее частым соматическим заболеваниям, которые сочетаются с шизофренией, относятся сердечно-сосудистая патология, включая артериальную гипертензию, СД и ожирение [10, 19].

Именно соматической патологии отводится причинная роль в повышении уровня смертности в 2-3 раза при шизофрении и снижении продолжительности жизни на 10-25 лет [5, 30].

Психиатрическая коморбидность при шизофрении включает наличие ДР, химических зависимостей, агрессивного поведения и ОКР (рис. 4) [22].

Обобщая представленные данные, необходимо сказать, что коморбидность в практике врача-психиатра включает клинический и организационный аспекты.

Клинический аспект имеет диагностическую (перекрывание симптомов, усложнение диагностики) и терапевтическую (дестабилизация состояния, межлекарственное взаимодействие, побочные эффекты) составляющие, которые в результате негативно влияют на течение и исход психических расстройств, приверженность терапии, качество жизни пациентов и их родственников [25, 31, 32].

Организация помощи больным с коморбидными психическими расстройствами имеет свою специфику, которая обусловлена тем, что эти пациенты чаще пользуются услугами экстренной и психиатрической помощи, нуждаются в стационарном лечении [1, 6, 33].

Улучшение качества диагностики коморбидных состояний в первичном звене медицинской помощи определяет необходимость взаимодействия врачей общей практики с врачами-психиатрами, а оказание психиатрической помощи на вторичном и третичном уровнях – использование потенциала мультидисциплинарной бригады [3, 34, 38].

Таким образом, представленные данные убедительно показали, что коморбидность психических расстройств является фактором, ухудшающим течение, исход и прогноз заболевания, а также существенно затрудняющим его диагностику. Коморбидность, снижая индивидуальный ресурс больного, нарушает восстановление социального функционирования и качества жизни.

Терапия коморбидных психических расстройств требует применения технологий, позволяющих избежать лекарственного взаимодействия и побочных



Рис. 3. Психиатрическая коморбидность при БР

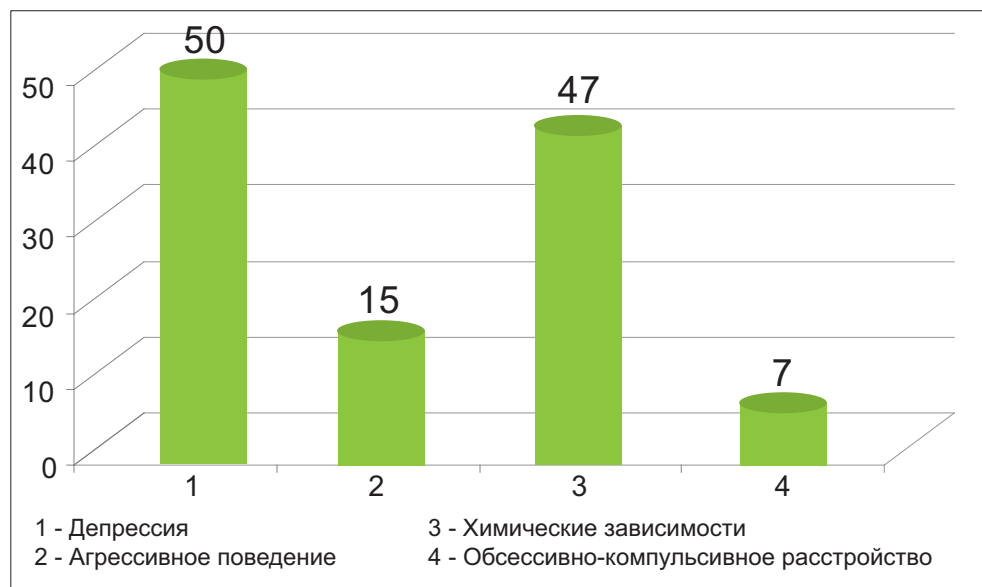


Рис. 4. Коморбидные психические заболевания при шизофрении

эффектов. Психотерапия, психосоциальная реабилитация и психообразование являются облигатными компонентами лечебного комплекса при коморбидной патологии, что определяет необходимость мультидисциплинарного подхода к оказанию помощи данной категории пациентов.

Литература

1. Былим И.А. Основные направления реформирования региональной службы психического здоровья (клинико-социальное и экономическое обоснование). Автореф. дис.... д-ра мед. наук. М, 2011.
2. Демченко В.А. Эффективность комплексной терапии психично хворих у межах організаційної моделі «Інтегрована медицина» для амбулаторних загальносоматичних установ // Медична психологія. – 2010. – № 3 (19). – С. 62-69.
3. Казаковцев Б.А., Голланд В.Б. Необходимость учета оказания полипрофессиональной помощи психически больным, находящимся под активным диспансерным наблюдением и на принудительном лечении. Матер. Всероссийской конференции «Повышение эффективности лечебно-реабилитационной помощи психически больным». СПб.: Айсинг, 2011; с. 24.
4. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. М.: Практическая медицина, 2011.
5. Любов Е.Б. Социально-экономическое бремя шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. 2012; 12 (2): 100-8.
6. Марута Н.А. Диагностика и терапия униполярных депрессий в современных условиях: мифы и реальность // Независимый психиатрический журнал. – IV. – 2012. – С.8-15.
7. Стан психічного здоров'я населення та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні / М.К. Хобзей, П.В. Волошин, Н.О. Марута, О.М. Зінченко, О.О. Петриченко, Л.І. Дьяченко // Український вісник психоневрології. – 2012. – Т. 20, вип. 3 (72). – С. 13-19.
8. Сюняков Т.С., Сюняков С.А., Морозов П.В. Обзор эффективности прегабалина при генерализованном тревожном расстройстве с позиций его спектральной характеристики // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2013. – Т. 15. – № 1. – С. 51-58.
9. Терапія антидепресантами і інші методи лікування депресивних розстройств. Доклад рабочей группы СШР на основе обзора доказательных данных. Под ред. В.Л. Краснова. М., 2008.
10. Ястребов В.С., Митихина И.А., Митихин Г.Т. и др. Психическое здоровье населения мира: социально-экономический аспект (по данным зарубежных исследований 2000-2010 гг.) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2012; 2: 4-13.
11. Alonso J., Angermeyer M.C., Bernert S. et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatr Scand 2004; 110 (Suppl): 21-7.
12. Andrews G., Slade T., Issakidis C. Deconstructing current comorbidity: data from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. // Br J Psychiatry 2002; 181: 306-14
13. Angst J., Gamma A., Rossler W. et al. Long-term depression versus episodic major depression: results from the prospective Zurich study of a community sample // J Affect Disord 2009; 115: 112-21.
14. Bandelow B., Zohar J., Hollander E. et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of anxiety, obsessive-compulsive and post-traumatic stress disorders – first revision // World J Biol Psychiat 2008; 9 (4): 248-312.
15. Bandelow B. The effect of comorbid anxiety on outcomes in MDD // In book of abstracts of 13th International Forum on mood and anxiety disorders; 20-22 November, 2013, Monaco: 13-14.
16. Baune B.T., Adrian I., Jacobi F. Medical disorders affect health outcome and general functioning depending on comorbid major depression in the general population // J Psy-chosom Res 2007; 62: 109-18.
17. Boden J.M., Fergusson D.M., John Horwood L. Anxiety disorders and suicidal behaviours in adolescence and young adulthood: findings from a longitudinal study // Psychol Med 2007; 37 (3): 431-40.
18. Breslau J., Aguilar-Gaxiola S., Kendler K.S. et al. Specifying race-ethnic differences in risk for psychiatric disorder in a USA national sample // Psychol Med 2006; 36: 57-68.
19. Castle J.D., Buckley P.F. Schizophrenia. – 2012, Oxford University Press, 132 p.
20. Das-Munshi J., Goldberg D., Bebbington P.E. et al. Public health significance of mixed anxiety and depression: beyond current classification // Br J Psychiatry 2008; 192: 171-7.
21. Eaton W.W., Martins S.S., Nestadt G. et al. The Burden of Mental Disorders // Epid Rev 2008; 30: 1-14.
22. Green A.L., Canuso C.M., Brenner M.J. et al. (2003). Detection and management of comorbidity in patients with schizophrenia // Psychiatric Clinics of North America, 26: 115-39.
23. Gustavsson M., Jacobi F. et al. Cost of disorders of the brain in Europe 2010 // Eur Neuropsychopharmacol 2011; 21: 718-79.
24. Jerrell J.M., McIntyre R.S., Tripathi A. A cohort study of the prevalence and impact of comorbid medical conditions in pediatric bipolar disorder // J Clin Psychiat 2010; 71: 1518-1525.
25. Kane J.M. Tardive dyskinesia rates with atypical antipsychotics in adults: prevalence and incidence // Clin Psychiat 2004; (65 Suppl. 9): 16-20.
26. Katon W. The impact of depression on workplace functioning and disability costs // Am J Manag Care 2009; 15: S322-7.
27. Kessler R.C., Angermeyer M., Anthony J.C. et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative // World Psychiatry 2007; 6: 168-76.
28. Lam R.W., Kennedy S.H., Grigoriadis S. et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. III. Pharmacotherapy // J. Affect. Disord. 117 (Suppl. 1), S26-S43 (2009).
29. Insel T., Schoenbaum M., Wang P. Components of the Economic Burden of Serious Mental Illness in the US // US Neurol 2009; 5 (1): 10-1.
30. Marder S.R., Essock S.M., Miller A.L. et al. (2004). Physical health monitoring of patients with schizophrenia // American Journal of Psychiatry, 161: 1334-49.
31. Moller H.J., Bitter I., Bobes J., Fountoulakis K., Hoschl C., Kasper S. Position statement of the European Psychiatric Association (EPA) on the value of antidepressants in the treatment of unipolar depression // European Psychiatry 27 (2), 114-128 (2012).
32. National Institute for Clinical Excellence. Depression: management of depression in adults. In: Clinical Practice Guideline № 90. National Institute for Clinical Excellence, London, UK, 580 (2010).
33. Parikh S.V., Segal Z.V., Grigoriadis S. et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. II. Psychotherapy alone or in combination with antidepressant medication // J. Affect. Disord. 117 (Suppl. 1), S15-S25 (2009).
34. Patten S.B., Kennedy S.H., Lam R.W. et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. I. Classification, burden and principles of management // J. Affect. Disord. 117 (Suppl. 1), S5-14 (2009).
35. Raton W., Maj M., Sartorius N. Depression and Diabetes. – 2010, John Wiley and Sons, Ltd. – 180 p.
36. Scott K.M., Bruffaerts R., Tsang A. et al. Depression-anxiety relationships with chronic physical conditions: results from the World Mental Health Surveys // J Affect Disord 2007; 103: 113-20.
37. Scott K.M., Von Korff M., Alonso J. et al. Age patterns in the prevalence of DSM-IV depressive/anxiety disorders with and without physical co-morbidity // Psychol Med 2008; 38: 1659-69.
38. Simons S., Coid J., Joseph P. et al. (2001). Community mental health team management in severe mental illness: a systematic review // British Journal of Psychiatry, 178: 497-502.
39. Sobocki P., Jonsson B., Angst J. et al. Cost of depression in Europe // J Ment Health Policy Econ 2006; 9: 87-98.
40. Stein D.J., Hollander E. Anxiety Disorders comorbid with Depression: social anxiety disorder, post-traumatic stress disorders generalized anxiety disorders and obsessive-compulsive disorder. – 2002, Martin Dumitz, 72 p.
41. Wozniak J., Faraone S.V., Mick E., Monuteaux M., Coville A., Biederman J. A controlled family study of children with DSM-IV bipolar-I disorder and psychiatric comorbidity // Psychol. Med. 2010; 40: 1079-1088.
42. Yatham L.M., Malhi G.S. Bipolar Disorder. – 2011, Oxford University Press, 76 p.