

PROBLÉM KOMORBIDITY DUŠEVNÝCH A TELESNÝCH OCHORENÍ

MUDr. Livia Vavrušová, MUDr. Zuzana Benedeková

Psychiatrická klinika SPAM, NsP Ružinov, Bratislava

Somatické ochorenia u pacientov trpiacich na schizofréniu sa vyskytujú často, ale nebývajú v ambulanciách prvého kontaktu zavčas diagnostikované. Správne a skoré diagnostikovanie somatických ochorení komplikujú jednak samotné faktory schizofrenického ochorenia, ktoré vedú k zhoršeniu spolupráce s pacientom, a jednak časový faktor, ktorý komplikuje prácu lekárov prvého kontaktu. V našom sledovaní sme zistili, že viac ako polovica pacientov liečených pre schizofréniu trpí na somatické ochorenie a častý je výskyt viacerých somatických ochorení u jedného pacienta súčasne. Prácou sme chceli upozorniť na niektoré ochorenia, na ktoré je treba v ambulanciách prvého kontaktu myslieť.

Psychiatrickí pacienti trpia často na somatické ochorenia. Väčšina z týchto ochorení však zostáva nerozpoznaná (3, 4).

Ambulantne liečení psychiatrickí pacienti zomierajú 2× častejšie na ochorenia, ktoré sa dali diagnostikovať a liečiť (2). Preto dôležitou súčasťou diagnostiky somatických ochorení je aktívny prístup ambulantných lekárov vo vyhľadávaní somatických príznakov v tejto populácii.

Pacienti trpiaci na schizofréniu tvoria skupinu nie práve najideálnejšie spolupracujúcich pacientov. Schizofrenici sa nesťažujú na somatické ťažkosti spontánne, prípadne, ak ich spomenú, uvádzajú ich len ako okrajovú záležitosť.

Pacienti – schizofrenici – trpia na kognitívne poruchy, žijú v sociálnej izolácii, bývajú podozrievaví. Z toho vyplýva, že nevyhľadajú somatického lekára, sú nekritickí k svojmu zdravotnému stavu, telesné ťažkosti vnímajú skreslene, niekedy ich aj bludne spracovávajú, nedodržia odporúčenia lekárov, lebo sa im nezdajú dôležité, alebo si inštrukcie nezapamätajú. Schizofrenikom ďalej chýbajú niektoré sociálne zručnosti, čo komplikuje priebeh ich somatického vyšetrenia, najmä ak sú potrebné na upresnenie diagnózy viaceré doplnujúce testy. Pacienti sú psychickým ochorením stigmatizovaní, ich vyšetrenie trvá dlhšie, je náročnejšie ako u psychicky zdravých pacientov a niekedy aj preto sa im nevenuje, napr. z časových dôvodov, dostatočná pozornosť. Chápeme aj somatických odborníkov, že vyšetrenie psychicky chorého nekomunikatívneho pacienta je zdĺhavé a náročné.

Pre iných lekárov, tak ako aj pre psychiatrov, z toho vyplýva nutnosť spolupráce s ich rodinnými príslušníkmi alebo opatrovateľmi a aktívne sa zamerať na vyhľadávanie somatických ťažkostí a venovať pozornosť aj indiferentne prezentovaným somatickým sťažnostiam.

K rizikovým faktorom somatických ochorení u schizofrenikov patria: fajčenie, nedostatočný pohyb, nižší finančný príjem, nekvalitná strava, zlé bytové podmienky, v dôsledku ochorenia zanedbávanie hygienických a sociálnych návykov a zvyklostí a nezamestnanosť (2).

Pri sledovaní kvality medicínskej starostlivosti o psychiatrických pacientov, ktorí mali diagnózu závažnejšej psychickej poruchy (schizofrenia a veľká depresívna porucha) sa zistilo, že napríklad pacienti, ktorí prekonali infarkt myokardu a súčasne trpeli na psychické ochorenie mali vyššiu mortalitu ako pacienti bez psychickej poruchy (1).

V tejto štúdii boli zohľadnené rizikové faktory vzniku infarktu myokardu. Čiže v medicínskej starostlivosti bol medzi obidvomi sledovanými skupinami značný rozdiel. Autori poukazujú na nutnosť zlepšenia kvality medicínskej starostlivosti práve o pacientov s psychickými poruchami.

Výsledky nášho prieskumu

V našej práci sme uskutočnili prehľad výskytu somatických ochorení schizofrenikov liečených na PK SPAM v roku 2000. Výsledky by mali pomôcť somatickým odborníkom orientovať sa v spektre somatických chorôb pri jednej z najzávažnejších psychických porúch.

Na Psychiatrickej klinike SPAM bolo v roku 2000 hospitalizovaných 132 pacientov (n=132) s diagnózou schizofrenie, z toho bolo 60 mužov a 72 žien. Priemerný vek pacientov bol 39,4 roka (vekové rozpätie 18–69 rokov). Priemerná dĺžka psychického ochorenia bola 11,2 roka (od 1 mesiaca po 42 rokov). Komorbiditu v zmysle somatického ochorenia sme zaznamenali u 74 pacientov (30 mužov a 44 žien).

V našom súbore pacientov sa vyskytli z kardiovaskulárnych ochorení (n=27, 15 mužov, 12 žien) – arteriálna hypertenzia u 13 pacientov (7 mužov, 6 žien) a ischemická choroba srdca u 9 pacientov (4 muži, 5 žien). Diabetes

Tabuľka 1. Výsledky

Ochorenie	Počet pacientov (n=132)	Muži	Ženy
KV ochorenia	27	15	12
arteriálna hypertenzia	13	07	06
ICHS	09	04	05
diabetes mellitus II	04	02	02
ochorenia dýchacieho ústrojenstva	13	08	05
astma bronchiálne	05	02	03
choroby GIT	30	14	16
vredová choroba G-D	05	03	02
cholecystolithiasis	04	01	03
hepatopatia	10	06	04
neurologické ochorenia	06	03	03
kožné ochorenia	09	02	07
psoriáza	04	01	03
akné	05	01	04
traumy	03	03	00
stomatologické problémy	13	08	05
obezita	07	01	06
och. pohybového aparátu	16	03	16
nádorové ochorenia	04	02	02

mellitus II sme zaznamenali u 4 pacientov (2 mužov a 2 žien). Obezita bola diagnostikovaná u 7 pacientov (1 muž, 6 žien). Z ochorení dýchacích ciest u 13 pacientov (8 mužov, 5 žien) bolo najčastejšie diagnostikované astma bronchiale u 5 z nich (2 muži, 3 ženy) a bronchitis fumaria u 3 mužov. Z ochorení gastrointestinálneho traktu (n=30, 16 mužov, 14 žien) boli najčastejšie zistené u pacientov so schizofréniou vredová choroba gastro-duodena (3 muži, 2 ženy) a cholecystolithiáza (1 muž, 3 ženy). Hepatopathia bola diagnostikovaná u 10 pacientov (6 mužov, 4 ženy). Pomerne častý výskyt sme zaznamenali u chorôb pohybového systému u 16 pacientov (3 muži, 13 žien). Z kožných ochorení sa najčastejšie vyskytli psoriáza (n=4, 1 muž, 3 ženy) a akné (n=5, 1 muž, 4 ženy). Stomatologické problémy malo 13 pacientov (8 mužov, 5 žien). Nádorové ochorenia sme zaznamenali u 4 pacientov (2 muži, 2 ženy), traumy u 3 pacientov – mužov a endokrinopatie u 6 pacientov (2 muži a 4 ženy) – išlo o tyreopatie.

Z nášho sledovania vyplynulo, že viac ako 50 % pacientov s diagnózou schizofrenie malo somatické ochorenie. Niektorí pacienti trpeli na viac ako jedno somatické ochorenie. Najviac boli zastúpené ochorenia gastrointestinálneho

traktu (GIT), za nimi nasledovali ochorenia kardiovaskulárneho (KV) aparátu a choroby pohybového systému. Prekvapilo nás pomerne málo pridružených neurologických diagnóz vzhľadom na často uvádzané neurologické vedľajšie účinky neuroleptík a malý počet fajčiarskych bronchitíd. Zisťovali sme totiž dodatočne prevalenciu fajčiarov v sledovanom súbore a táto bola 72 %. Preto sa nám zdá, že sa fajčiarske bronchitídy pri hodnotení celkového somatického stavu pacientov podcenili. Zaujímavým, ale pre psychiatrov nie prekvapivým nálezom bol výskyt stomatologických problémov, ktoré sa môžu spolupodieľať pri vzniku iných somatických ochorení. Vzhľadom na veľkosť súboru nebolo možné vypočítať silu komorbidného vzťahu.

Záver

Zvyšovanie medicínskej starostlivosti o psychicky chorých pacientov ako sa ukázalo aj v našom sledovaní je mimoriadne dôležité – schizofrenici tvoria pomerne značne somaticky chorú populáciu. Sú to niekedy málo zdieľní pacienti, práca s nimi je náročnejšia, vyžaduje si aktívny prístup ošetrojúcich lekárov a spoluprácu s príbuznými pacientov.

Literatúra

1. Druss BG, Bradford DW, Rosenheck RA, Radford MJ, Krumholz HM. Quality of Medical Care and Excess Mortality in Older Patients With Mental Disorders, Arch Gen Psychiatry June 2001; 565–572.
2. Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. Br J Psychiatry 1998; 173: 11–53.
3. Koran LM, Sox HC, et al. Medical evaluation of psychiatric patients. 1. Results in a state mental health system. Arch. Gen. Psychiatry, 1989; 46: 733–740.

4. Makikyro T, Karvonen JT, et al. Comorbidity of hospital-treated psychiatric and physical disorders with special reference to schizophrenia: a 28 year follow-up of the 1966 northern Finland general population birth cohort. Public Health, 1998; 112: 112–228.