

ПСИХИАТРИЧЕН КОМОРБИДИТЕТ ПРИ СОМАТИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ – СКРИТА БОЛЕСТНОСТ И ЗДРАВНОИКОНОМИЧЕСКИТЕ Й ПОСЛЕДИЦИ

И. Нацов

ДПБ – Карлуково, АИСМП по психиатрия – Червен бряг

PSYCHIATRIC COMORBIDITY IN SOMATIC DISORDERS – HIDDEN MORBIDITY AND ITS HEALTH ECONOMIC CONSEQUENCES

I. Natsov

Government Psychiatric Hospital – Karlukovo, Psychiatrist – Cherven Briag

<p>Резюме:</p> <p>Ключови думи:</p> <p>Адрес за кореспонденция:</p>	<p>Честотата на психичните разстройства в отделенията на общите болници е по-висока от тази в общата популация. Въпреки това значителна част от тях остава неразпознаваема от болничните лекари. Съществува сигнификантна зависимост между психичния коморбидитет, удължения престой в болница и рехоспитализациите една година след изписването. Други последици от неумението да се работи с психиатричния коморбидитет при соматични заболявания са: ненужни и често скъпи лабораторни изследвания; редуващи се хоспитализации; ятрогенизация; пристрастяване към медикаменти; нарушена връзка лекар-пациент; вторично въздействие върху семейството и социалното функциониране; загуба на средства; зависимост от здравната система в стремеж към получаване на социална подкрепа. Психичният коморбидитет се свързва с 45-75% увеличение на цената на соматичното обслужване при хронични телесни заболявания. Психологично-психиатричните намеси при пациенти с телесни заболявания, лекувани в обща болница, могат да редуцират цената до 20%.</p> <p>психиатричен коморбидитет, соматични заболявания, здравна икономика</p> <p><i>Д-р Иво Нацов, АИСМПП, ул. „Яне Сандански“ № 61, 5980 Червен бряг, e-mail: ivo_nacov@abv.bg</i></p>
<p>Summary:</p> <p>Key words:</p> <p>Address for correspondence:</p>	<p>The incidence of mental disorders in the general hospital wards is higher than in the general population. However, a considerable part of them remains unrecognizable from hospital doctors. There is a significant correlation between mental comorbidity, prolonged hospital stay and rehospitalizations one year after discharge. Other consequences of the inability to work with the psychosomatic comorbidity are: unnecessary and often expensive laboratory tests; alternating hospitalizations; drug addiction; disturbed doctor-patient relationship; secondary impact on family and social functioning; loss of funds; dependence on the health system in an effort to obtain social support. Psychiatric comorbidity is associated with a 45-75% increase in the price of the service of chronic physical diseases. Psychological-psychiatric interventions in patients with physical illnesses treated in a general hospital can reduce the price to 20%.</p> <p>psychiatric comorbidity, somatic diseases, health economics</p> <p><i>Ivo Natsov, M. D., Psychiatrist, 61, Yane Sandanski Str., Bg – 5980 Cherven Briag, e-mail: ivo_nacov@abv.bg</i></p>

ВЪВЕДЕНИЕ

Честотата на психичните разстройства в отделенията на общите болници е по-висока от тази в общата популация. Много изследователи

посочват, че тази честота варира между 16 и 61%. Широката амплитуда на тези резултати е най-вероятно следствие от използването на различни методи за оценка в различни болнич-

ни популации. Голямата разлика в честотата на психичните разстройства, представени от различните автори, може би се дължи на трудностите при оценката им, когато са налице и соматични симптоми.

При изследване, проведено в 26 отделения по вътрешни болести в Майнхам и Лудвигсхафен, на пациенти във възрастта 65-80 год. авторите намират обща честота на психичните разстройства от 30,2%: 9,1% психоорганични синдроми, 13,1% афективни разстройства и 8,0% функционални психични разстройства [4]. Изследване при 728 пациенти на хирургични, вътрешни и гинекологични отделения в две общи болници в Тирол и една във Виена показва обща честота на психичните разстройства съответно 38,2%, 32,5% и 20,7% [24]. Още по-голяма честота показват изследвания в отделения по трансплантология, както и такива при пациенти с тумори в областта на главата.

Проучвания от последните две години представят резултати, сочещи, че хора с хронични соматични проблеми, чийто разход на здравен ресурс възлиза на 70% от общия разход на здравен ресурс в английската национална здравна система, са два до три пъти по-склонни да развият психичноздравни проблеми, отколкото общата популация [15]. В цифри, това са 4,5 млн. жители на Обединеното Кралство с коморбидни психични и телесни проблеми. Голямата честота на психични разстройства при хоспитализирани пациенти е резултат от различни фактори, които си взаимодействат: съществуващо психично разстройство, допринасящо за развитие на соматична болест; психична реакция към телесна болест; органични ефекти на телесната болест върху психичното функциониране – напр. делир; ефекти на предписваните медикаменти върху психичното състояние и поведение; необясними телесни симптоми, маскиращи подлежаща психична болест; алкохол и други вещества.

ОТКРИВАНЕ НА ПСИХИЧНИТЕ РАЗСТРОЙСТВА В ОТДЕЛЕНИЯТА НА МНОГОПРОФИЛНАТА БОЛНИЦА

Въпреки че честотата на психичните разстройства в отделенията на общите болници е голяма, значителна част от тях остава неразпознаваема от болничните лекари. По-голямата част от хоспитализираните соматично болни с психиатрично разстройство нямат документирано такова в историите на заболяването си.

Съобщава се, че лекарите от останалите медицински специалности не разпознават около 34% от пациентите с висок праг по Въпросника за общо здравно състояние, дори и когато пациентите са

били изследвани от един и същ лекар най-малко три пъти през последните шест месеца и лекарят е знаел целта на изследването [2].

Съществуват данни, че не по-малко от 84% от приеманите в болница пациенти се оплакват от телесни симптоми без релевантна органична причина [2]. Други изследвания посочват, че от пациенти на общата болница, консултирани в лиезон-психиатрични служби, 40% са соматизатори, а 15% покриват критериите за соматоформни разстройства [6].

ПРОТИЧАНЕ НА ПСИХИЧНИТЕ РАЗСТРОЙСТВА В МНОГОПРОФИЛНАТА БОЛНИЦА

Изследванията в тази област са относително редки, а резултатите не са хомогенни. Те показват, от една страна, че депресивните разстройства на настроението, възникващи по време на телесни заболявания, ремитират след отшумяване на последните. От друга страна, пациенти от контролна депресивна група при последващо проследяване са имали остатъчна симптоматика [20]. При диагностицираните депресивни разстройства, неповлияващи се от терапия, са били налице хронифициране и утежняване на соматичното заболяване [1]. Дори и малкото изследвания, посветени на протичането на психичните заболявания по време на стационарно соматично лечение, показват хетерогенни резултати. Wancata и сътр. провеждат изследване в две вътрешни отделения в Австрия, чиято цел е продължителното обгрижване на стационарните пациенти [23]. Изследвани са 265 пациенти посредством пригодена за възрастни версия на Clinical Interview Schedule (CIS) в рамките на 5 дни след приема и 4 седмици след това. Към момента на повторното изследване 60 пациенти са били изписани, предимно такива, при които по време на първото изследване не е установено психиатрично разстройство. При останалите пациенти (205), изследвани двукратно, психиатричната болестност е възлизила на 54,3% по време на първото изследване. От тях към момента на второто 12,4% са ремитирали, така че 41,9% са били с персистиращо протичане. 9,5% от тези пациенти са развили ново психично разстройство в рамките на 4-те седмици между двете изследвания. Най-често ремитиращи се оказват невротичните и разстройствата в адаптацията (8,6%), следвани от психоорганичните синдроми (5,7%) и зависимости към различни субстанции (2,9%). Най-висока честота са показали психоорганичните състояния (4,8%) и "други депресивни разстройства" (МКБ-10 код 311) – също 4,8%.

ПОСЛЕДИЦИ НА ПСИХИАТРИЧНИЯ КОМОРБИДИТЕТ

От 26 британски и американски изследвания, проведени в периода 1980-1992 г., 80% показват сигнификантна зависимост между психичния коморбидитет и удължения престой в общата болница, както и увеличен повторен стационарен прием една година след изписването. Като рискови фактори за удължения престой се отбелязват делирните, депресивните и дементните синдроми. Дори когато се контролират такива променливи като тежест на соматичното заболяване например, находката за удължен престой остава сигнификантна [18]. Последниците на психичния коморбидитет могат да бъдат ясно показани при коморбидни депресивни заболявания. Смъртността при пациенти с миокарден инфаркт и коморбидна депресия е 6 пъти по-висока от тази в недепресивна контролна група [11]. Депресивни пациенти с диабетес мелитус показват много по-трудно възстановяване на стойностите на кръвната захар, както и много повече усложнения в сравнение с недепресивни [12]. Наличието на депресия при телесни заболявания води до увеличена болестност, смъртност, повишен разход на здравни ресурси и удължен стационарен престой [13]. Друг пример са пациентите със соматоформни разстройства. Неумението да се открива и адекватно да се управлява соматизацията може да доведе до изключително негативен ефект както върху пациента, така и върху здравната система. Най-напред соматизиращият пациент може да бъде подложен на многобройни ненужни изследвания, които освен финансовото натоварване водят до ятрогенизиране. Пристрастяването към медикаменти, използвани за лечението на такива пациенти, е също често явление. Зависимостта към здравната система е друга характеристика на пациентите със соматизационно разстройство, чиято обобщена характеристика може да се представи, както следва: ненужни и често скъпи лабораторни изследвания; редуващи се хоспитализации; ятрогенизация; пристрастяване към медикаменти; нарушена връзка лекар-пациент; вторично въздействие върху семейството и социалното функциониране; загуба на средства: зависимост от здравната система в стремеж към получаване на социална подкрепа.

Коморбидните психични проблеми водят до по-лошо развитие и изход при пациенти с телесни заболявания. Например смъртността при пациенти с астма и депресия е двойно по-голяма, отколкото при пациенти, боледуващи единствено от астма [22]. Подобна е картината и при пациенти с хронична сърдечна недостатъчност.

Смъртността при тях е 8 пъти по-голяма в рамките на 30 месеца след боледуване от депресия [8]. Съществуват доказателства, че психосоматичният коморбидитет има много по-голям ефект върху функционалния статус и качеството на живот при пациенти с хронични телесни заболявания, отколкото тежестта на соматичната болест [8], и че качеството на живот при пациенти с коморбидни психичноздравни проблеми е значимо по-лошо, отколкото при такива с едно или две телесни заболявания [14]. Проучванията показват също така, че психичният коморбидитет се свързва с 45-75% увеличение на цената на соматичното обслужване при хронични телесни заболявания [15]. Увеличаване на разходите е наблюдавано при широка гама от телесни заболявания и е измервано при адаптиране на показателя "тежест на соматичната болест". Например индивиди с диабет и депресия са 7 пъти по-склонни да отсъстват от работа, отколкото такива без депресия [7].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Тук ще се представи цената на психосоматичния коморбидитет с икономически показатели. Според справка на Националната здравна служба на Великобритания, за периода 2010-2011 са изхарчени 40 млрд. британски лири от отделения на общи болници – остри и хронични [9]. Тази цифра представлява 40% от всички разходи в английското здравеопазване и е 5 пъти по-голяма от разходите в общата практика. В същия период са направени 14,9 млн. хоспитализации със среден дневен престой от 5,5 дни и средна цена на престоя от 1800 лири [16]. За сравнение – всеки извънболничен пациент е струвал средно 100 лири [10]. Въпросът, на който се стремят да отговорят изследователите, е: Каква част от тези 40 млрд. може да се свърже с психичния коморбидитет?

Проучването на Naylor et al. [15] показва, че коморбидитетът е струвал между 8 и 13 млрд. лири, или средно 10,5 млрд. лири за година. Резултатите от друго изследване показват, че около 40% от тази цена се пада на болниците за остри случаи [21], което представлява 4,2 млрд. лири. Ако към тези разходи се прибавят и разходите за лечение на пациенти с телесно необясними симптоми в същите болници, възлизащи на 1,8 млрд. лири, цената възлиза на 6 млрд. лири [3], което представлява 15% от общата цена за тези болници. За болница с 500 легла това означава приблизително 25 млн. лири за година.

Въпреки че тези изчисления са направени в широк диапазон от възможности за грешка, те ни дават представа за количественото значение

на психосоматичния коморбидитет в общите болници и потенциалните спестявания, които могат да се направят с ефективни интервенции. В един метаанализ на 100 съобщения по проблема се установява, че психологично-психиатричните намеси при пациенти с телесни заболявания, лекувани в обща болница, могат да редуцират цената до 20% [5]. Това изследване е потвърдено от друго в по-ново време [17]. Тези резултати водят до извода, че потенциалните икономически ползи, измерени в парични единици, са 1,2 млрд. лири на година за цяла Великобритания, или около 5 млн. лири на година за болница с 500 легла.

Библиография

1. A r o l t, V., M. Driessen et H. Dilling. Psychische Störungen bei Patienten im Allgemeinkrankenhaus. – Dtsch. Ärzteblatt, 94, 1997, A-1354-1358.
2. B a s s, C. et M. Murphy. Somatisation, somatoform disorders and factitious illness. – In: *eminars in liaison psychiatry*. E. Guthry et F. Creed. (Eds.). Gaskell, Glasgow, 1996, 21-50.
3. B e r m i n g h a m, S., A. Cohen, J. Hague et M. Parsonage. The cost of somatisation among the working-age population in England for the year 2008-09. – *Mental Health Fam. Med.*, 7, 2010, 71-84.
4. B i c k e l, H., B. Cooper et J. Wancata. Psychische Erkrankungen von älteren, Allgemeinkrankenhauspatienten: Häufigkeit und Langzeitprognose. – *Nervenarzt*, 64, 1993, 53-61.
5. C h i l e s, J., M. Lambert et A. Hatch. The impact of psychological interventions on medical cost offset: a meta-analytic review. – *Clin. Psychol. Sci. Pract.*, 3, 1999, № 2, 204-220.
6. d e L e o, D., A. Baiocchi, B. Cippolone et al. Psychogeriatric consultation within a geriatric hospital. – *Int. J. Ger. Psych.*, 4, 1989, 135-141.
7. D a s - M u n s h i, J., R. Stewart, K. Ismail et al. Diabetes, common mental disorders and disability: findings from the UK National Psychiatric Morbidity Survey. – *Psychosom. Med.*, 69, 2007, № 6, 543-550.
8. d e Y o n g e, P., T. Spijkerman, R. van den Brink et J. Ormel. Depression after myocardial infarction is a risk factor for declining health-related quality of life and increased disability and cardiac complaints at 12 months. – *Heart*, 92, 2006, № 1, 32-39.
9. D e p a r t m e n t o f H e a l t h. Department of Health. – Annual Report and Accounts 2010-11. London, The Stationery Office, 2011b.
10. D e p a r t m e n t o f H e a l t h. Reference costs publication. Available at http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_131160.pdf, 2011c.
11. F r a s u r e - S m i t h, N., F. Lespérance et M. Talajic. Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. – *Circulation*, 91, 1995, 999-1005.
12. G o o d n i c k, P. J., J. H. Henry et V. M. V. Buki. Treatments of depression in patients with diabetes mellitus. – *J. Clin. Psych.*, 56, 1995, 1128-1136.
13. K ü h n, K. U. et W. Maier. Depression in patients with somatic diseases. – In: Rush, A. J. (Hrsg) *Mood disorders. Systematic Medication Management*. – *Mod. Probl. Pharmacopsych.*, Karger, Basel, 25, 1997, S. 167-180.
14. M o u s s a v i, S., S. Chatterji, E. Verdes et al. Depression, chronic diseases and decrements in health: results from the World Health Survey. – *Lancet*, 370, 2007, № 9590, 851-858.
15. N a y l o r, C., M. Parsonage, D. McDaid et al. Long-term conditions and mental health: the cost of co-morbidities. London: The King's Fund and Centre for Mental Health, 2012.
16. N H S I n f o r m a t i o n C e n t r e. Hospital Episode Statistics. Available at <http://www.hesonline.nhs.uk/Ease/servlet/ContentServer?siteID=1937>, 2012.
17. P a r s o n a g e, M. et M. Fossey. Economic evaluation of a liaison psychiatry service. London: Centre for Mental Health, 2011.
18. S a r a v a y, S. M. et M. Lavin. Psychiatric comorbidity and length of stay in the general Hospital: a critical review of outcome studies. – *Psychosomatics*, 35, 1994, 233-252.
19. S i l v e r s t o n e, P. H. Changes in depression scores following life-threatening illness. – *J. Psychosom. Res.*, 34, 1990, 659-663.
20. S i l v e r s t o n e, P. H. Prevalence of psychiatric disorders in medical inpatients. – *J. Nerv. Ment. Dis.*, 184, 1996, 43-51.
21. U n u t z e r, J., M. Schoenbaum, W. Katon et al. Healthcare costs associated with depression in medically ill fee-for-service medicare participants. – *J. Am. Geriatr. Soc.*, 57, 2009, № 3, 506-510.
22. W a l t e r s, P., P. Schofield, L. Howard et al. The relationship between asthma and depression in primary care patients: a historical cohort and nested case control study. – *PLoS One*, 50, 2011, № 4, e20750.
23. W a n c a t a, J., N. Benda, U. Meise et al. Sind die Aufenthaltsdauern von psychisch Kranken an internen, chirurgischen und gynäkologischen Abteilungen länger? – *Nervenarzt*, 9, 1999, 810-816.
24. W a n c a t a, J., N. Benda M. Hajji et al. Psychiatric disorders in gynecological, surgical and medical departments of general hospitals in an urban and a rural area of Austria. – *Soc. Psychiatry and Psychiatric Epidemiol.*, 31, 1996, 220-226.

Постъпил за печат на 15 февруари 2015 г.