

MICHAŁ KRZYSZTOF RING¹, DOMINIKA BERENT¹, PRZEMYSŁAW BIEŃKOWSKI²

Potencjalne niedodiagnozowanie współchorobowości somatycznej u pacjentów chorych na schizofrenię i zaburzenia afektywne dwubiegunowe

Potential underdiagnosis of somatic comorbidity in patients with schizophrenia and with bipolar disorder

¹Mazowiecki Wojewódzki Szpital Psychiatryczny "Drewnica" Sp. z o.o., Żąbki k. Warszawy

²Klinika Psychiatryczna, Warszawski Uniwersytet Medyczny

KEYWORDS

prevalence, co-morbidity, schizophrenia, bipolar disorder, hypertension

SUMMARY

Introduction. Patients treated for schizophrenia and for bipolar affective disorder have a potentially higher risk of developing chronic somatic diseases compared to the general population.

Aim. This is to compare the prevalence of somatic co-morbidity in patients with schizophrenia, patients with bipolar affective disorder (BD) and available data on the prevalence of somatic diseases in the general Polish population.

Material and methods. Archival data of 527 (F = 249) patients with a diagnosis of schizophrenia, aged 42.56 ± 14.25 (M \pm SD), and 155 (F = 82) patients with BD, aged 48.05 ± 14.45 (M \pm SD), hospitalized in psychiatric hospital in Central Poland in 2019 were analyzed.

Results. Majority of patients with schizophrenia and with BD had no registered somatic co-morbidity (80.6 and 67.7%, respectively); most common group of coexisting somatic diseases in both subgroups of patients were diseases of circulatory system (11.0 and 22.6%, respectively); and the most common disease was primary hypertension (10.4 and 20.6%, respectively). In men in the 7th decade of life, diseases of the circulatory system were significantly more common in patients with BD than in those with schizophrenia ($p = 0.004$). The prevalence of somatic diseases in both subgroups of patients turned out to be lower than their prevalence in the general population.

Conclusions. Somatic co-morbidity in patients with BP and with schizophrenia is potentially underdiagnosed. Possible reasons of this finding were carefully discussed.

WSTĘP

Pacjenci leczeni z powodu schizofrenii i zaburzeń afektywnych dwubiegunowych mają potencjalnie wyższe ryzyko rozwinięcia chorób somatycznych, co jest związane m.in. z niehigienicznym stylem życia, niebilansowaną dietą, małą aktywnością fizyczną, używaniem substancji psychoaktywnych i działaniami niepożądanymi stosowanych leków (1-4). Ocena częstości występowania chorób somatycznych wśród pacjentów z poważnymi zaburzeniami psychicznymi jest istotna, o czym może świadczyć szeroko opisywana w literaturze medycznej nadumieralność osób chorych psychicznie (1). Schizofrenia jest zaburzeniem, w którym wskaźnik śmiertelności może być nawet 2-3 razy większy niż w populacji ogólnej (2). Według badania Harrisa i Barraclougha ryzyko

przedwczesnej śmierci jest szczególnie wysokie w przypadku schizofrenii i dużej depresji (3). W przeglądzie badań opublikowanym w 2009 roku stwierdzono, że pacjenci z diagnozą spektrum zaburzeń afektywnych dwubiegunowych również mają zwiększone ryzyko przedwczesnej śmierci. W badaniu tym zwraca się uwagę na cukrzycę i choroby serca jako istotne przyczyny przedwczesnej śmierci (4, 5). Pacjenci mogą nie stosować się również do zaleceń lekarskich, przy czym należy podkreślić, że problem ograniczonej współpracy w leczeniu dotyczy zarówno chorych z zaburzeniami psychicznymi, jak i schorzeniami somatycznymi. W badaniu CODE-2 stwierdzono, że tylko 26% pacjentów z cukrzycą typu 2 osiąga dobre wyniki w zakresie kontroli glikemii (6). W badaniu populacji polskiej przeprowadzonym

wśród pacjentów poradni podstawowej opieki zdrowotnej, mniej niż 50% badanych rzetelnie stosowało się do zaleceń dotyczących samokontroli poziomu glikemii z krwi włośniczkowej (7). Szacuje się, że w wielu krajach mniej niż 25% pacjentów osiąga dobrą kontrolę wartości ciśnienia tętniczego, pomimo dostępności do skutecznych leków (6, 8). Podobne dane są przedstawiane w przypadku astmy – podaje się, że w krajach rozwiniętych mniej niż 28% pacjentów stosuje zaleconą terapię (6). Do ważnych czynników determinujących częstość występowania chorób somatycznych należą wiek i płeć. Szacuje się, że do 2050 roku liczba obywateli USA po 85. roku życia potroi się (9), zaś wiek pacjentów jest wymieniany jako silny czynnik ryzyka występowania chorób przewlekłych (10). Badanie Penuela i Penuela przeprowadzone wśród pacjentów z nieleczonym nadciśnieniem tętniczym wykazało istotną korelację pomiędzy wiekiem pacjentów a wartościami ciśnienia tętniczego oraz różnicę pomiędzy pacjentami różnych płci w zakresie wartości ciśnienia tętniczego skurczowego i rozkurczowego (11). Na nadciśnienie tętnicze częściej chorują mężczyźni (35 vs 29%, $p < 0,05$) (12, 13). W badaniu populacji polskiej NATPOL PLUS stwierdzono, że częstość występowania nadciśnienia tętniczego w grupie pacjentów w wieku 18-39 lat wynosi 3% u kobiet i 11% u mężczyzn ($p < 0,05$), podczas gdy w grupie wiekowej powyżej 59 lat – 57% (60% u kobiet i 54% u mężczyzn, przy czym różnicę uznano za nieistotną statystycznie) (13). Najczęstszą przyczyną niedoczynności tarczycy jest choroba Hashimoto, która występuje częściej u kobiet (do 95% chorych to kobiety). Również na astmę statystycznie częściej chorują kobiety. Z kolei wśród chorych na POChP przeważają mężczyźni. W cukrzycy typu 2 zapadalność zwiększa się z wiekiem aż do 70. roku życia (12).

CEL PRACY

Celem naszego badania jest:

1. Analiza współwystępowania schizofrenii (F20 wg ICD-10) i przewlekłych chorób somatycznych.
2. Analiza współwystępowania zaburzeń afektywnych dwubiegunowych (F31 wg ICD-10) i przewlekłych chorób somatycznych.
3. Porównanie częstości współwystępowania przewlekłych chorób somatycznych między pacjentami ze schizofrenią i zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi z uwzględnieniem wpływu płci i wieku.
4. Analiza korelacji pomiędzy wiekiem pacjentów obu podgrup a ilością współwystępujących grup przewlekłych chorób somatycznych (tj. chorób układu krążenia, układu oddechowego, układu pokarmowego, układu nerwowego, zaburzeń wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemian metabolicznych oraz chorób oka i przydatków oka).
5. Analiza korelacji pomiędzy ilością grup przewlekłych chorób somatycznych współwystępujących a ilością hospitalizacji w szpitalu psychiatrycznym w ciągu roku u pacjentów leczonych z powodu schizofrenii oraz zaburzeń afektywnych dwubiegunowych.

MATERIAŁ I METODY

Dane do analizy pochodzą z archiwum dokumentacji medycznej szpitala psychiatrycznego w centralnej Polsce. Badanie przeprowadzono za pisemną zgodą dyrekcji szpitalnej, zachowując wszystkie polskie i europejskie zasady ochrony danych osobowych i pozostając w zgodzie z postanowieniami zawartymi w Deklaracji Helsińskiej (1964 r., z późniejszymi poprawkami). Spośród 3489 hospitalizacji dorosłych pacjentów (wiek ≥ 18 lat) w 2019 roku do analizy, po uwzględnieniu kryteriów włączenia i wyłączenia z badania, włączono 527 pacjentów z diagnozą schizofrenii (F20 wg ICD-10) oraz 155 pacjentów z diagnozą zaburzeń afektywnych dwubiegunowych (F31 wg ICD-10). Kryterium włączenia do badania stanowiło przyjęcie do szpitala z powodu pogorszenia stanu psychicznego w przebiegu schizofrenii (F20 wg ICD-10) lub zaburzeń afektywnych dwubiegunowych (F31 wg ICD-10). Pacjenci hospitalizowani wielokrotnie w 2019 roku do analizy byli włączani tylko raz, a ilość hospitalizacji podsumowano w okresie objętym badaniem. Diagnozę schizofrenii i zaburzeń afektywnych dwubiegunowych potwierdziło co najmniej dwóch psychiatrów. Kryterium wyłączenia z badania było przyjęcie z powodu pogorszenia w przebiegu innych zaburzeń psychicznych, w tym pierwszego w życiu epizodu depresji (F32 wg ICD-10) ($n = 98$) – dalszy przebieg choroby mógłby wskazać na jedyny w życiu epizod depresji lub zaburzenia depresyjne nawracające lub zaburzenia afektywne dwubiegunowe. Choroby somatyczne pacjentów podzielono na grupy według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10: choroby układu krążenia, choroby układu oddechowego, choroby układu pokarmowego, choroby układu nerwowego, choroby oka i przydatków oka, zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemian metabolicznych.

Analiza statystyczna

Uzyskane dane zostały poddane analizie statystycznej przy pomocy programu IBM SPSS Statistics (26.0). Aby ustalić zależności między zmiennymi nominalnymi przeprowadziliśmy analizę testem chi-kwadrat niezależności, a gdy oczekiwana liczebność była mniejsza niż 5 – testem dokładnym Fishera. W celu ustalenia częstości występowania poszczególnych chorób somatycznych w obrębie jednej grupy przeprowadzono analizę testem chi-kwadrat zgodności. Żeby ustalić zależności między zmiennymi ilościowymi przeprowadzono analizę korelacji z uwzględnieniem współczynnika korelacji rang Spearmana. Za wyniki istotne statystycznie uznano te, dla których $p < 0,05$.

WYNIKI

Analizowana grupa pacjentów ze schizofrenią liczyła 527 pacjentów ($K = 249$) w wieku $42,56 \pm 14,25$ roku ($M \pm SD$) oraz 155 pacjentów z diagnozą zaburzeń afektywnych dwubiegunowych ($K = 82$) w wieku $48,05 \pm 14,45$ roku ($M \pm SD$). Powyższe dane wraz ze średnią roczną liczbą

hospitalizacji w trzech podgrupach pacjentów prezentuje tabela 1. W wyniku przeprowadzonych analiz stwierdzono, iż w obu chorobach psychicznych poddanych badaniu najczęściej występującymi chorobami somatycznymi są choroby układu krążenia. Występowały one u 11% pacjentów ze schizofrenią paranoidalną oraz u 22,6% z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi. Spośród chorób układu krążenia zdecydowanie najczęściej występowało nadciśnienie tętnicze pierwotne (I10 i I11), w tym u pacjentów z diagnozą schizofrenii u 10,4%, a z diagnozą zaburzeń afektywnych dwubiegunowych u 20,6%. Drugą grupą chorób somatycznych pod względem częstości występowania u pacjentów hospitalizowanych w szpitalu psychiatrycznym były zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemian metabolicznych. Występowały u 7,2% osób chorych na schizofrenię i u 14,8% leczonych na zaburzenia afektywne dwubiegunowe. U pacjentów ze schizofrenią paranoidalną najczęstsza była cukrzyca – 4,2% badanych, z czego u 3,2% rozpoznano cukrzycę insulinoniezależną, a u 0,9% konieczne było podawanie insuliny. Niedoczynność tarczycy u chorych na schizofrenię stwierdzono u 1,3% badanych. Pacjenci z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi spośród zaburzeń wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemian metabolicznych najczęściej chorowali na niedoczynność tarczycy – 7,7%, cukrzycę zaś rozpoznano u 4,5%, przy czym

żaden chory nie wymagał ordynacji insuliny. Schorzenia układu oddechowego w badaniu znalazły się na trzecim miejscu pod względem częstości występowania u chorych na schizofrenię – 2,7%, astmę stwierdzono u 0,8%, a POChP u 1,3% pacjentów. W przypadku zaburzeń afektywnych dwubiegunowych trzecie miejsce pod względem częstości występowania zajęły choroby układu pokarmowego (1,3%), a najczęstszą z nich było wrzodziejące zapalenie jelita grubego. Szczegółowy rozkład częstości poszczególnych chorób somatycznych uzyskanych w wyniku badania oraz dane dla populacji ogólnej dostępne w literaturze zawiera tabela 2. Brak współchorobowości somatycznej stwierdzono u 80,6% pacjentów hospitalizowanych z powodu schizofrenii oraz u 67,7% z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi. Jedną, dwie, trzy i więcej grup chorób somatycznych u pacjentów ze schizofrenią i zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi stwierdzono z częstością przedstawioną w tabeli 3. Ryciny 1 i 2 przedstawiają procentowy rozkład grup chorób somatycznych (w oparciu o klasyfikację ICD-10) u pacjentów hospitalizowanych w szpitalu psychiatrycznym z powodu schizofrenii oraz zaburzeń afektywnych dwubiegunowych. Przeanalizowaliśmy korelację pomiędzy liczbą grup współistniejących chorób somatycznych (spośród grup uwzględnionych w badaniu). W obu rozpoznaniach psychiatrycznych uwzględnionych w badaniu, korelacja między liczbą grup chorób somatycznych a roczną liczbą hospitalizacji

Tab. 1. Wiek, rozkład płci oraz roczna liczba hospitalizacji w dwóch podgrupach pacjentów hospitalizowanych z powodu schizofrenii (F20) i zaburzeń afektywnych dwubiegunowych (F31)

	F20	F31
Płeć, n (%)		
kobiety	249 (47,2)	82 (52,9)
mężczyźni	278 (52,8)	73 (47,1)
Wiek, M (SD)	42,56 (14,25)	48,05 (14,45)
Liczba hospitalizacji, M (SD)	1,47 (0,77)	1,36 (0,65)

Tab. 3. Częstość występowania żadnej, jednej i powyżej jednej grup przewlekłych chorób somatycznych u pacjentów ze schizofrenią (F20) i zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi (F31)

	F20	F31
0, n (%)	425 (80,6)	105 (67,7)
1, n (%)	85 (16,1)	37 (23,9)
2, n (%)	13 (2,5)	13 (8,4)
3 i więcej, n (%)	4 (0,8)	0 (0)

Tab. 2. Częstość występowania przewlekłych chorób somatycznych wśród pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii (F20) i zaburzeń afektywnych dwubiegunowych (F31) oraz częstość występowania przewlekłych chorób somatycznych w populacji ogólnej polskiej

	F20	F31	Częstość występowania w polskiej populacji ogólnej
Choroby układu krążenia, n (%)	58 (11,0)	35 (22,6)	
w tym I20-I25	1 (0,2)	1 (0,6)	K: 5-7%, M: 4-7% ^a (14); 2,9-8,6% ^b (15)
w tym I50	1 (0,2)	2 (1,3)	0,4 do 2% ^c (16)
w tym I11 i I10	55 (10,4)	32 (20,6)	K: 29%, M: 35% ^d ; K: 34%, M: 34% ^e (13)
w tym I48	2 (0,4)	0 (0)	1-2% (17)

	F20	F31	Częstość występowania w polskiej populacji ogólnej
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemian metabolicznych, n (%)	38 (7,2)	23 (14,8)	
w tym E01, E02, E03	7 (1,3)	12 (7,7)	1-6% ~2% ^f 14-17% ^g (12) 7,7% ^h (18)
w tym E05, H06	0 (0)	1 (0,6)	~K: 1,6% ~M: 0,14% (12)
w tym E11	17 (3,2)	8 (5,2)	–
w tym E10	5 (0,9)	0 (0)	–
w tym E11 lub E10	22 (4,2)	7 (4,5)	6,97% (19) 9,5% (20) 8,1% (21)
w tym E78	2 (0,4)	2 (1,3)	61,0% M: 60,8% K: 61,3% (22) 76,6% ⁱ (23)
Choroby układu oddechowego, n (%)	14 (2,7)	1 (0,6)	
w tym J45	4 (0,8)	0 (0)	~5,4% (12)
w tym J44	7 (1,3)	1 (0,6)	~9% ^l (12); M: 5,2% K: 3,3% ^k (23)
Choroby układu nerwowego, n (%)	6 (1,1)	1 (0,6)	
w tym G40 i G41	1 (0,2)	0 (0)	~1% ^l (24, 25)
w tym G20-G26	4 (0,8)	0 (0)	brak danych
Choroby oka i przydatków oka, n (%)	3 (0,6)	1 (0,6)	
w tym H40	2 (0,4)	1 (0,6)	0,8% ^m ~0,1% ⁿ (26); 3,54% ^o (27)
Choroby układu pokarmowego, n (%)	4 (0,8)	2 (1,3)	
w tym K50	0 (0)	0 (0)	brak danych
w tym K51	2 (0,4)	1 (0,6)	brak danych

^a w wieku 45-64 lata – dotyczy stabilnej choroby wieńcowej

^b dorosłych Polaków

^c populacji ogólnej (600-700 tys. pacjentów w Polsce według szacunków)

^d wg NATPOL 2011 u osób dorosłych poniżej 80. roku życia

^e wg NATPOL PLUS u pacjentów w wieku 40-59 lat

^f pacjentów we wszystkich grupach wiekowych ma chorobę Hashimoto, która jest najczęstszą przyczyną niedoczynności tarczycy

^g w badaniach autopsyjnych chorobę Hashimoto stwierdza się u 14-17% badanych

^h pacjentów w badaniu przeprowadzonym w prywatnej sieci klinik w Polsce (pacjenci, którzy zgłosili się do endokrynologa)

ⁱ w wieku 40-59 lat populacja polska

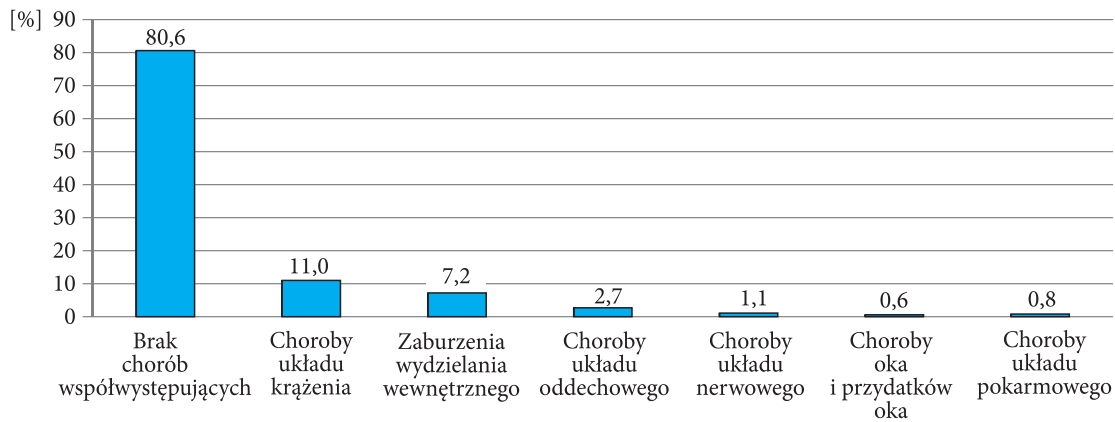
^j w populacji polskiej powyżej 40. roku życia

^k w wieku powyżej 40 lat

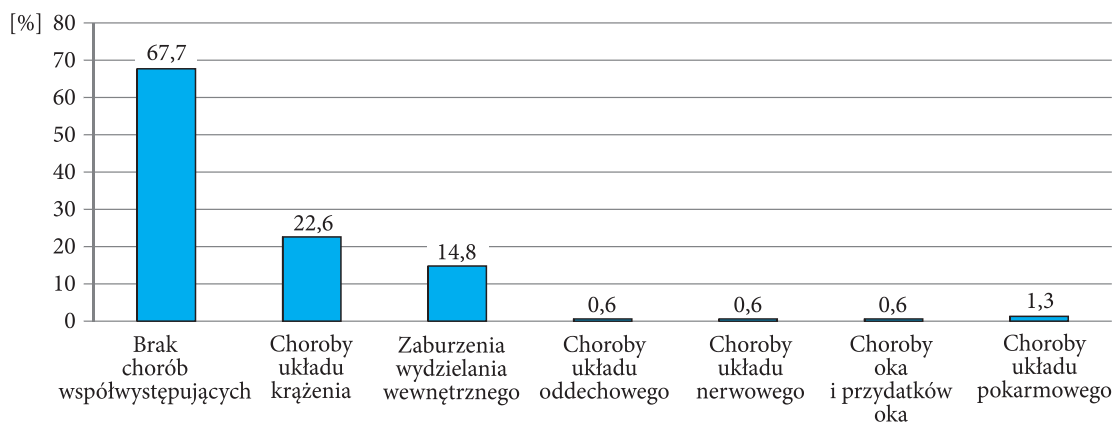
^m populacja Europy Północnej; jaskra pierwotna otwartego kąta

ⁿ jaskra zamkniętego kąta; w USA i w Europie szacunkowo

^o światowej populacji



Ryc. 1. Procentowy rozkład występowania grup chorób somatycznych u pacjentów z diagnozą schizofrenii



Ryc. 2. Procentowy rozkład występowania grup chorób somatycznych u pacjentów z diagnozą zaburzeń afektywnych dwubiegunowych

okazała się być nieistotna statystycznie (tab. 4). Następnie poddaliśmy analizie korelację między wiekiem badanych pacjentów a liczbą grup współwystępujących chorób somatycznych wśród osób uwzględnionych w badaniu. W obu podgrupach chorych, liczba grup współistniejących chorób somatycznych istotnie wzrastała wraz ze wzrostem aktualnego wieku pacjentów (tab. 5). Następnie sprawdziliśmy, czy występują różnice w zakresie występowania grup chorób somatycznych między kobietami każdej z podgrup

pacjentów oraz między mężczyznami każdej z podgrup pacjentów w kolejnych dekadach aktualnego wieku pacjentów (tab. 6) (przedstawione wyniki nie stanowią obserwacji podłużnej pacjentów). Rozkład płci w podgrupach pacjentów nie różnił się istotnie statystycznie w żadnej z analizowanych dekad życia ($p \geq 0,05$). Wśród mężczyzn w 7. dekadzie życia choroby układu krążenia występowały istotnie częściej u pacjentów z diagnozą zaburzeń afektywnych dwubiegunowych niż schizofrenii ($p = 0,004$).

Tab. 4. Zależność między liczbą współwystępujących chorób somatycznych a liczbą hospitalizacji w podgrupach pacjentów z diagnozą schizofrenii (F20) i zaburzeń afektywnych dwubiegunowych (F31)

	F20	F31
rs	0,04	0,14
p	0,406	0,082

rs – współczynnik korelacji rang Spearmana; p – poziom istotności

Tab. 5. Korelacja między liczbą współwystępujących grup chorób somatycznych a wiekiem pacjentów w podgrupach pacjentów z diagnozą schizofrenii (F20) i zaburzeń afektywnych dwubiegunowych (F31)

	F20	F31
rs	0,28	0,29
p	< 0,001*	< 0,001*

rs – współczynnik korelacji rang Spearmana; p – poziom istotności
*wynik istotny statystycznie ($p < 0,05$)

Tab. 6. Analiza częstości występowania chorób przewlekłych somatycznych wśród pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii (F20) i zaburzeń afektywnych dwubiegunowych (F31)

	Kobiety		P	Φ	Mężczyźni		P	Φ
	F20	F31			F20	F31		
Choroby układu krążenia, n (%)								
19-29 lat	-	-	-	-	2 (2,8)	1 (5,3)	0,277	0,15
30-39 lat	-	-	-	-	8 (7,5)	1 (5,3)	1,000	0,03
40-49 lat	2 (4,1)	3 (21,4)	0,068	0,27	8 (16,7)	4 (19,0)	1,000	0,03
50-59 lat	11 (22,4)	5 (20,8)	1,000	0,02	5 (16,1)	7 (43,8)	0,075	0,30
60-69 lat	12 (26,7)	7 (35,0)	0,560	0,09	2 (13,3)*	5 (83,3)*	0,006*	0,67*
70-81 lat	6 (31,6)	2 (33,3)	1,000	0,02	2 (28,6)	0 (0)	1,000	0,33
Choroby układu wydzielnia wewnętrznego, n (%)								
20-29 lat	1 (3,2)	2 (20,0)	0,142	0,28	2 (2,8)	0 (0)	1,000	0,05
30-39 lat	3 (5,4)	0 (0)	1,000	0,08	3 (2,8)	1 (5,3)	0,487	0,05
40-49 lat	7 (14,3)	4 (28,6)	0,243	0,16	5 (10,4)	0 (0)	0,313	0,19
50-59 lat	5 (10,2)	6 (25,0)	0,161	0,19	3 (9,7)	2 (12,5)	1,000	0,04
60-69 lat	7 (15,6)	4 (20,0)	0,725	0,06	0 (0)	2 (33,3)	0,071	0,51
70-81 lat	1 (5,3)	2 (33,3)	0,133	0,37	1 (14,3)	0 (0)	1,000	0,22
Choroby układu oddechowego, n (%)								
20-29 lat	-	-	-	-	1 (1,4)	0 (0)	1,000	0,04
30-39 lat	-	-	-	-	0 (0)	1 (5,3)	0,152	0,21
40-49 lat	1 (2,0)	0 (0)	1,000	0,07	1 (2,1)	0 (0)	1,000	0,08
50-59 lat	6 (12,2)	0 (0)	0,169	0,21	-	-	-	-
60-69 lat	5 (11,1)	0 (0)	0,313	0,19	-	-	-	-
70-81 lat	-	-	-	-	-	-	-	-
Choroby neurologiczne, n (%)								
20-29 lat	-	-	-	-	1 (1,4)	1 (12,5)	0,193	0,21
30-39 lat	-	-	-	-	1 (0,9)	0 (0)	1,000	0,04
40-49 lat	-	-	-	-	1 (2,1)	0 (0)	1,000	0,08
50-59 lat	2 (4,1)	0 (0)	1,000	0,12	-	-	-	-
60-69 lat	-	-	-	-	-	-	-	-
70-81 lat	-	-	-	-	1 (14,3)	0 (0)	1,000	0,22
Choroby okulistyczne, n (%)								
20-29 lat	-	-	-	-	1 (1,4)	0 (0)	1,000	0,04
30-39 lat	-	-	-	-	-	-	-	-
40-49 lat	0 (0)	1 (7,1)	0,222	0,24	-	-	-	-
50-59 lat	-	-	-	-	-	-	-	-
60-69 lat	2 (4,4)	0 (0)	1,000	0,12	-	-	-	-
70-81 lat	-	-	-	-	-	-	-	-

	Kobiety		P	φ	Mężczyźni		P	Φ
	F20	F31			F20	F31		
Choroby układu pokarmowego, n (%)								
20-29 lat	1 (3,2)	0 (0)	1,000	0,09	–	–	–	–
30-39 lat	0 (0)	1 (12,5)	0,125	0,33	1 (0,9)	1 (5,3)	0,282	0,12
40-49 lat	–	–	–	–	–	–	–	–
50-59 lat	–	–	–	–	–	–	–	–
60-69 lat	2 (4,4)	0 (0)	1,000	0,12	–	–	–	–
70-81 lat	–	–	–	–	–	–	–	–

p – poziom istotności; φ – wielkość efektu

*wynik istotny statystycznie (p < 0,05)

DYSKUSJA

W badaniu, które przeprowadziliśmy wśród pacjentów chorych na schizofrenię i zaburzenia afektywne dwubiegunowe, najczęściej występującą grupą chorób przewlekłych somatycznych były choroby układu krążenia. Najczęściej stwierdzaną przewlekłą chorobą somatyczną w obu podgrupach pacjentów psychiatrycznych było nadciśnienie tętnicze pierwotne. Drugie pod względem częstości były zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemian metabolicznych, przy czym u osób z diagnozą schizofrenii najczęstsza była cukrzyca, a z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi – niedoczynność tarczycy. Żadnej choroby współwystępującej nie raportowano u 80,6% pacjentów cierpiących na schizofrenię i u 67,7% osób z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi. Korelacja pomiędzy liczbą chorób współwystępujących a roczną liczbą hospitalizacji okazała się nieistotna. Stwierdziliśmy jednak istotną dodatnią korelację między wiekiem pacjentów a ilością somatycznych chorób współwystępujących. Przy szczegółowej analizie w kolejnych dekadach życia wśród jednej płci wykazaliśmy, iż występowanie chorób układu krążenia wśród mężczyzn w wieku 60-69 lat u pacjentów z zaburzeniem afektywnym dwubiegunowym jest istotnie częstsze niż u mężczyzn ze schizofrenią paranoidalną. Wyniki uzyskane w zakresie częstości występowania chorób somatycznych u pacjentów leczonych w szpitalu psychiatrycznym różnią się od danych o częstości tych chorób w populacji ogólnej. Według danych zebranych w trakcie badania NATPOL 2011 częstość występowania nadciśnienia tętniczego w Polsce u osób dorosłych wynosi 32% (M: 35%, K: 29%, p < 0,05) (12). W badaniu przeprowadzonym 9 lat wcześniej – NATPOL PLUS – wśród mieszkańców Polski w wieku 40-59 lat częstość występowania nadciśnienia tętniczego określono na 34% (różnicę między płciami uznano za nieistotną statystycznie). W badaniu WOBASZ przeprowadzonym w 2002 roku nadciśnienie tętnicze rozpoznano u 40% mężczyzn i 33% kobiet (13). Według WHO częstość występowania nadciśnienia tętniczego na świecie wynosi

40% populacji osób dorosłych mających 25 lat i więcej (28). W badanych przez nas podgrupach nadciśnienie tętnicze pierwotne raportowano odpowiednio u 10,4% pacjentów chorych na schizofrenię i 20,6% z diagnozą zaburzeń afektywnych dwubiegunowych. Dane opublikowane w 2019 roku wskazują, iż częstość występowania cukrzycy w Polsce szacuje się na 6,97% (19). Światowa Organizacja Zdrowia podaje, iż 9,5% Polaków cierpi z powodu cukrzycy. Badania opracowane dla populacji USA wskazują, że cukrzyca dotyczy 7-9,7% Amerykanów (29, 30). W naszym badaniu cukrzycę rozpoznano u 4,2% pacjentów leczonych z powodu schizofrenii i u 4,5% osób z diagnozą zaburzeń afektywnych dwubiegunowych. Brak jest dokładnych polskich badań epidemiologicznych w zakresie POChP, a potrzebę ich przeprowadzenia środowisko pulmonologów podnosi od lat. Pojedyncze dane, np. badania GA2LEN, wskazują na występowanie POChP u 5,2% mężczyzn i 3,3% kobiet powyżej 40. roku życia (23), niektóre opracowania szacują częstość występowania POChP w populacji polskiej na ok. 9% (12). W naszym badaniu POChP odnotowano w wypisach 1,3% pacjentów cierpiących na schizofrenię oraz u 0,6% chorych na zaburzenia afektywne dwubiegunowe. Wśród populacji polskiej częstość występowania astmy szacuje się na ok. 5,4% (12), ale w badanej przez nas dokumentacji medycznej jedynie u 0,8% osób chorujących na schizofrenię rozpoznano astmę i nie stwierdzono jej u żadnego pacjenta leczonego z powodu zaburzenia afektywnego dwubiegunowego. Światową częstość występowania jaskry ocenia się na 3,54% (27). W Polsce szacuje się, iż na jaskrę choruje ok. 200 tys. osób (31). Tymczasem wśród pacjentów ze schizofrenią objętych badaniem jaskrę rozpoznano u 0,4%, a wśród osób z zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi – u 0,6%. Brakuje badań epidemiologicznych oceniających skalę zjawiska występowania niedoczynności tarczycy. W badaniu przeprowadzonym w prywatnej sieci klinik w Polsce w 2013 roku stwierdzono, że 7,7% pacjentów zgłaszających się na konsultację do endokrynologa miało postawioną diagnozę niedoczynności tarczycy (18), z kolei badanie

przeprowadzone w grupie starszych pacjentów innego centrum medycznego, oparte na laboratoryjnej ocenie poziomu hormonów, wykazało, iż częstość niedoczynności tarczycy wynosi 7,95%, a nadczynności tarczycy – 2,95% (32). W naszym badaniu niedoczynność tarczycy występowała u 1,3% pacjentów z diagnozą schizofrenii i u 7,7% z zaburzeniem afektywnym. Częstość hipercholesterolemii w populacji polskiej określa się na 61,1%, a w grupie wiekowej 40-59 lat – na 76,6% (22). W badaniu polskiej młodzieży Chmiela i wsp. 52,5% Polaków pomiędzy 16. a 19. r.ż. nie wykazywało zalecanej aktywności fizycznej i był to najczęstszy czynnik ryzyka rozwoju miażdżycy (33). Tymczasem w naszym badaniu zaburzenia lipidowe stwierdziliśmy jedynie u 0,4% pacjentów hospitalizowanych z powodu schizofrenii paranoidalnej i u 1,3% chorych na zaburzenia afektywne dwubiegunowe. Należy jednak zauważyć, że niższa niż w populacji ogólnej częstość współwystępowania chorób somatycznych wśród badanych w niniejszej pracy jest spójna z danymi z literatury w tym temacie. Na przykład dane zebrane w 2017 roku z bazy PREST w Kraju Basków wskazują, iż nadciśnienie tętnicze dotyczy 16,8% pacjentów chorujących na schizofrenię paranoidalną (34). W badaniu populacji szkockiej pacjenci ze schizofrenią mieli rzadziej diagnozowane choroby układu krążenia, w tym migotanie przedsionków, nadciśnienie tętnicze, chorobę niedokrwienną serca, niż pacjenci z grupy kontrolnej, czyli tacy bez rozpoznania schizofrenii. Warto podkreślić, że badanie dotyczyło pacjentów leczonych ambulatoryjnie na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, a więc w takim miejscu dowolnego systemu ochrony zdrowia, gdzie większość pacjentów (grupa kontrolna liczyła prawie półtora miliona osób) nie choruje na schizofrenię (27). Nawet w badaniach, w których częstość występowania schorzeń somatycznych u pacjentów chorych psychicznie jest porównywalna z populacyjną, zaznacza się, iż choroby somatyczne są niedodiagnozowane u pacjentów chorych psychicznie (36, 37). Z jednej strony podkreśla się negatywny wpływ czynników wynikających ze stylu życia pacjentów chorych psychicznie, które predysponują do rozwoju niektórych schorzeń somatycznych (1), ale z drugiej strony w badaniach retrospektywnie analizujących dokumentację medyczną nie zawsze widać przełożenie tych obaw na postawione diagnozy somatyczne współwystępujące (35-38). W badaniu Momen i wsp. udowodniono, że większość pacjentów z zaburzeniami psychicznymi doświadcza zwiększonego ryzyka rozwoju innych chorób (39). W badaniu tym określono ryzyko dla poszczególnych zaburzeń i chorób psychicznych rozwoju określonych problemów zdrowia somatycznego, i tak stwierdzono, iż pacjenci chorujący na schizofrenię mają na przykład 1,09-1,13 raza większe ryzyko rozwoju nadciśnienia tętniczego, 1,55-1,66 raza zwiększone ryzyko zachorowania na cukrzycę, 2,38-2,68 raza zwiększone ryzyko zachorowania na padaczkę i 1,43-1,57 raza zwiększone ryzyko niewydolności serca. Co ciekawe, problemy ze wzrokiem mogą być rzadsze niż w populacji ogólnej, gdyż ryzyko problemów z narządem wzroku określono na 0,98. Generalnie jednak pacjenci chorujący na

schizofrenię paranoidalną wykazali większe ryzyko niż populacja ogólna zachorowania na choroby układu krążenia, układu oddechowego, układu urogenitalnego, układu gastroenterologicznego, hematologiczne, endokrynologiczne i neurologiczne, a zmniejszone ryzyko stwierdzono jedynie dla nowotworów (ryzyko w porównaniu z populacją ogólną 0,96) i chorób układu mięśniowo-kostnego (0,99) (39). WHO do czynników sprzyjających rozwojowi nadciśnienia tętniczego zalicza m.in. czynniki behawioralne (niezdrową dietę, używanie tytoniu, małą aktywność fizyczną oraz szkodliwe używanie alkoholu), metaboliczne (cukrzyca, otyłość, hiperlipidemia) oraz socjalne (jak starzenie się, poziom globalizacji i urbanizacji, wykształcenie, dochód) (28). Do wielu spośród tych czynników pacjenci z zaburzeniami psychicznymi są bardziej predysponowani ze względu na charakter choroby psychicznej powodującej społeczne wycofanie oraz działania niekorzystne niektórych leków. Podkreśla się potrzebę otoczenia pacjentów leczonych psychiatrycznie większą opieką i szerszą diagnostyką w zakresie współwystępujących chorób somatycznych (37, 38). Warto również, aby lekarze rozpoczęli edukację pacjentów leczonych w szpitalach psychiatrycznych w zakresie chorób somatycznych, gdyż wiedza pacjentów np. w przypadku nadciśnienia tętniczego na temat czynników ryzyka nadciśnienia, wartości prawidłowego ciśnienia oraz powikłań nadciśnienia zajmuje istotną rolę w profilaktyce tej choroby (28). W naszym badaniu dokonaliśmy porównania występowania chorób somatycznych u pacjentów z diagnozą F20 i F31 z uwzględnieniem wieku i płci – poza jedną grupą wiekową (mężczyzn 60-69 lat) nie wykazaliśmy istotnych różnic.

Ograniczenia badania

Nie wszystkie dane o współchorobowości somatycznej analizowanych pacjentów są potwierdzone dokumentacją medyczną z hospitalizacji w szpitalach wielospecjalistycznych, dokumentacją medyczną podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Część danych na ten temat pochodzi z wywiadu od samych pacjentów. Zarówno pierwszy, jak i drugi fakt, przy jednocześnie uzyskanych w badaniu danych odnośnie występowania chorób współistniejących, przemawia za niedodiagnozowaniem chorób somatycznych wśród analizowanych pacjentów. Kolejnym ograniczeniem jest fakt, że lekarze psychiatrzy nie mają pełnych możliwości diagnostycznych w zakresie chorób somatycznych w monospecjalistycznych szpitalach psychiatrycznych. Są one związane m.in. z ograniczeniem procedur medycznych do tych związanych z psychiatrią, co łączy się z ograniczoną dostępnością do specjalistów innych niż psychiatrzy oraz z brakiem dostępności do aparatury medycznej niezwiązanej z psychiatrycznym procesem diagnostyczno-leczniczym.

PODSUMOWANIE

1. Najczęstszą grupą przewlekłych chorób somatycznych współwystępujących u pacjentów leczonych w szpitalu psychiatrycznym z powodu schizofrenii

i zaburzeń afektywnych dwubiegunowych są choroby układu krążenia, a najczęstszą chorobą przewlekłą somatyczną jest nadciśnienie tętnicze pierwotne.

2. W każdej z analizowanych podgrup pacjentów większość nie ma rozpoznania choroby współwystępującej somatycznej.
3. Liczba przewlekłych chorób somatycznych rosła wraz z aktualnym wiekiem pacjentów chorujących na schizofrenię i zaburzenia afektywne dwubiegunowe.
4. W badaniu istotnie częściej stwierdzono występowanie chorób układu krążenia wśród mężczyzn w przedziale wiekowym 60-69 lat z diagnozą zaburzeń afektywnych dwubiegunowych w porównaniu z mężczyznami w tym wieku z rozpoznaniem schizofrenii.
5. W prezentowanej analizie nie znaleziono związku między ilością grup chorób przewlekłych somatycznych a ilością hospitalizacji psychiatrycznych w ciągu roku w badanych grupach pacjentów z diagnozą schizofrenii i zaburzeń afektywnych dwubiegunowych.
6. Częstość przewlekłych chorób somatycznych u pacjentów, których dokumentację medyczną poddano analizie, jest niższa niż częstość występowania tych

chorób w populacji ogólnej. Jest to zgodne z danymi pochodzącymi z innych badań na temat współchorobowości somatycznej w zaburzeniach psychicznych.

WNIOSKI

Wydaje się potrzebne zwiększenie czujności w zakresie diagnostyki somatycznej pacjentów ze schizofrenią i zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi oraz kontynuowanie badań nad współchorobowością somatyczną w tych grupach pacjentów. Powołując się na doświadczenie kliniczne związane z leczeniem pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, Autorzy chcieliby zwrócić uwagę, że objawy psychopatologiczne mogą utrudniać kontakt z pacjentem oraz że pacjent może opisywać swoje dolegliwości somatyczne nieprecyzyjnie, niekiedy niezrozumiale, ale rozstrzygające są wyniki badań dodatkowych i dalsze próby zebrania wywiadu od chorego. Żadnych, subiektywnie opisywanych przez pacjenta z zaburzeniami psychicznymi dolegliwości somatycznych nie należy ignorować. Ważne wydaje się pogłębienie badań nad różnicami w częstości występowania poszczególnych chorób somatycznych w zależności od diagnozy psychiatrycznej.

KONFLIKT INTERESÓW CONFLICT OF INTEREST

Brak konfliktu interesów
None

ADRES DO KORESPONDENCJI

Michał Krzysztof Ring
Mazowiecki Wojewódzki
Szpital Psychiatryczny Drewnica, Żąbki
ul. Rychlińskiego 1, 05-091 Żąbki
tel.: +48 600-798-145
michalring@gmail.com

PIŚMIENNICTWO

1. Vancampfort D, Stubbs B, Mitchell AJ et al.: Risk of metabolic syndrome and its components in people with schizophrenia and related psychotic disorders, bipolar disorder and major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry* 2015; 14(3): 339-347.
2. Auquier P, Lançon C, Rouillon F, Lader M: Mortality in schizophrenia. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2007; 16(12): 1308-1312.
3. Harris EC, Barraclough B: Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry* 1998; 173: 11-53.
4. Roshanaei-Moghaddam B, Katon W: Premature mortality from general medical illnesses among persons with bipolar disorder: a review. *Psychiatr Serv* 2009; 60(2): 147-156.
5. Tiihonen J, Lönnqvist J, Wahlbeck K et al.: 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). *Lancet* 2009; 374(9690): 620-627.
6. https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_Section1.pdf.
7. Rokicka D, Wróbel M, Szyborska-Kajane A et al.: Ocena realizacji zaleceń lekarskich dotyczących samokontroli glikemii przez pacjentów chorych na cukrzycę typu 2 oraz stopień implementacji zaleceń Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego dotyczący samokontroli glikemii w praktyce lekarzy rodzinnych. *Clin Diabetol* 2018; 7(3): 129-135.
8. Burt VL, Whelton P, Roccella EJ et al.: Prevalence of hypertension in the US adult population. Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1991. *Hypertension* 1995; 25(3): 305-313.
9. Jaul E, Barron J: Age-Related Diseases and Clinical and Public Health Implications for the 85 Years Old and Over Population. *Front Public Health* 2017; 5: 335.
10. Atella V, Piano Mortari A, Kopinska J et al.: Trends in age-related disease burden and healthcare utilization. *Aging Cell* 2019; 18(1): e12861.
11. Penuela R, Penuela T: Relationship between blood pressure, age, gender, body mass index and short term blood pressure variability in untreated hypertensive patients. *Journal Hypertension* 2015; 33(e-suppl. 1).
12. Gajewski P: *Interna Szczeklika Podręcznik Chorób Wewnętrznych*. Medycyna Praktyczna, Kraków 2019.
13. Januszkiewicz A, Prejbisz A: *Vademecum diagnostyki i leczenia nadciśnienia*. Medycyna Praktyczna, Kraków 2016.

14. PTK: Wytczne ESC dotyczące postępowania w stabilnej chorobie wieńcowej w 2013 roku. *Kardiol Pol* 2013; 71(suppl. X): S243-S318.
15. Jaworski R, Jankowska EA, Ponikowski P, Banasiak W: Costs of management of patients with coronary artery disease in Poland: the multicenter RECENT study. *Pol Arch Med Wew* 2012; 122(12): 599-607.
16. Rywik TM, Kołodziej P, Targoński R et al.: Characteristics of the heart failure population in Poland: ZOPAN, a multicentre national programme. *Kardiol Pol* 2011; 69(1): 24-31.
17. Lenarczyk R, Mitrega K, Mazurek M et al.: Polish and European management strategies in patients with atrial fibrillation. Data from the EURObservational Research Programme-Atrial Fibrillation General Registry Pilot Phase (EORP-AF Pilot). *Pol Arch Med Wewn* 2016; 126(3): 138-148.
18. Józków P, Lwow F, Słowińska-Lisowska M, Mędraś M: Trends in the prevalence of autoimmune thyroiditis in the leading private health-care provider in Poland. *Adv Clin Exp Med* 2017; 26(3): 497-503.
19. Topor-Madry R, Wojtyniak B, Strojek K et al.: Prevalence of diabetes in Poland: a combined analysis of national databases. *Diabet Med* 2019; 36(10): 1209-1216.
20. https://www.who.int/diabetes/country-profiles/pol_en.pdf.
21. <https://www.diabetesatlas.org>.
22. Zdrojewski T, Solnica B, Cybulska B et al.: Prevalence of lipid abnormalities in Poland. The NATPOL 2011 survey. *Kardiol Pol* 2016; 74(3): 213-223.
23. Zejda J, Brożek G: Chronic obstructive pulmonary disease in Poland – a need for population-based epidemiological studies. *Pneumonol Alergol Pol* 2016; 84(4): 203-204.
24. Jędrzejczak J: Padaczka stare i nowe wyzwania. *Post Nauk Med* 2012; 25(1): 45-50.
25. Filipiska K: Padaczka – choroba społeczna XXI. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu* 2016; 3: 72-78.
26. Rękas M (red.): *Jaskra BCSC 10 [Basic and Clinical Science Course TM, Section 10 Glaucoma]*. Edra Urban, Wrocław 2018: 6-10.
27. Tham YC, Li X, Wong TY et al.: Global prevalence of glaucoma and projections of glaucoma burden through 2040: a systematic review and meta-analysis. *Ophthalmology* 2014; 121(11): 2081-2090.
28. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf.
29. Deshpande AD, Harris-Hayes M, Schootman M: Epidemiology of diabetes and diabetes-related complications. *Phys Ther* 2008; 88(11): 1254-1264.
30. Xu G, Liu B, Sun Y et al.: Prevalence of diagnosed type 1 and type 2 diabetes among US adults in 2016 and 2017: population based study. *BMJ* 2018; 362: k1497.
31. Krajewska M: Epidemiologia i czynniki ryzyka w jaskrze pierwotnej. *Przew Lek* 2002; 5(1): 88-89.
32. Bar-Andziak E, Milewicz A, Jędrzejuk D et al.: Thyroid dysfunction and thyroid autoimmunity in a large unselected population of elderly subjects in Poland – the ‘PolSenior’ multicentre crossover study. *Endokrynol Pol* 2012; 63(5): 346-355.
33. Chmiel Z, Hejda G, Binkowska-Bury M: Wybrane czynniki ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego związane z miażdżycą tętnic jako problem zdrowotny wśród młodzieży ponadgimnazjalnej. *Med Rodz* 2018; 21(1A).
34. Gabilondo A, Alonso-Moran E, Nuño-Solinis R et al.: Comorbidities with chronic physical conditions and gender profiles of illness in schizophrenia. Results from PREST, a new health dataset. *J Psychosom Res* 2017; 93: 102-109.
35. Smith DJ, Langan J, McLean G et al.: Schizophrenia is associated with excess multiple physical-health comorbidities but low levels of recorded cardiovascular disease in primary care: cross-sectional study. *BMJ Open* 2013; 3(4): e002808.
36. Sandström YK, Ljunggren G, Wändell P et al.: Psychiatric comorbidities in patients with hypertension – a study of registered diagnoses 2009-2013 in the total population in Stockholm County, Sweden. *J Hypertens* 2016; 34(3): 414-420; discussion 420.
37. Onyeka IN, Collier Høegh M, Nāheim Eien EM et al.: Comorbidity of Physical Disorders Among Patients With Severe Mental Illness With and Without Substance Use Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Dual Diagn* 2019; 15(3): 192-206.
38. Laursen TM, Munk-Olsen T, Gasse C: Chronic somatic comorbidity and excess mortality due to natural causes in persons with schizophrenia or bipolar affective disorder. *PLoS One* 2011; 6(9): e24597.
39. Momen NC, Plana-Ripoll O, Agerbo E et al.: Association between Mental Disorders and Subsequent Medical Conditions. *N Engl J Med* 2020; 382(18): 1721-1731.

nadesłano: 27.07.2020

zaakceptowano do druku: 17.08.2020