

УДК. 616.895.87 – 02:616.63

О.Є.Смашна

## ДЕЯКІ ЗАКОНОМІРНОСТІ ФОРМУВАННЯ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ ПАРАНОЇДНОЇ ШИЗОФРЕНІЇ У ПАЦІЄНТІВ З СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ СЕЧОВИДІЛЬНОЇ СИСТЕМИ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я.Горбачевського

**Ключові слова:** параноїдна шизофренія, медична коморбідність, синдромогенез, внутрішня картина захворювання

Сучасний контингент пацієнтів, що страждає на шизофренію, має ряд характеристик, серед яких важливу роль займає висока коморбідність з супутніми соматичними захворюваннями, що в свою чергу, зумовлює не тільки підвищення показників захворюваності і смертності, скорочення тривалості життя на 20 %, але і серйозні проблеми в наданні психофармакологічної допомоги цьому контингенту пацієнтів [14].

Актуальність проблеми клінічного поєднання психічної та соматичної патології займає вагомe місце у психопатології, оскільки визначає, окрім суто теоретичних, і ряд безумовно важливих практичних терапевтичних, медико-психологічних і фінансових питань, оскільки пацієнти з комбінованою психічною і соматичною патологією піддаються чисельним додатковим лікувально-діагностичним обстеженням, які приводять до значних економічних втрат. Також пацієнти з шизофренією отримують менш адекватну медичну допомогу при їхніх соматичних захворюваннях [2;4;6;8;15].

Хворі на шизофренію, внаслідок їхнього психопатологічного стану, не до кінця усвідомлюють переваги здорового способу життя та його значення їх повного благополуччя і майбутнього здоров'я. До чинників, які приводять до надмірної природної смертності, відносяться: неправильний спосіб життя, особливо куріння, невчасна діагностика соматичних захворювань і недостатнє їх лікування [3].

У структурі медичної коморбідності у пацієнтів із параноїдною формою шизофренії важливе місце займають пацієнти із супутньою нефрологічною патологією [7;8;11;13].

Сучасний патоморфоз структури психічних розладів поєднаних з нефрологічною патологією в першу чергу характеризується різким зниженням частоти уремічних психозів і збільшенням питомої ваги афективних розладів, що пов'язане з збільшенням тривалості життя пацієнтів з хронічною нирковою недостатністю завдяки гемодіалізу [2;11]. При дослідженні систематики психічних розладів, що виявляються у пацієнтів з хронічною патологією сечовидільної системи у пацієнтів, виявлено, що психічні порушення у даного контингенту хворих представлені головним чином розладами настрою (71%), астеничними (54%) і невротичними (27%) порушеннями [7].

Часто клінічна картина патології сечовидільної системи проявляється порушеннями регуляції сечопу-

ску; спектр дизуричних порушень при шизофренії проявляється гіпореклексивним варіантом: ослаблення чи відсутність позивів до сечопуску, великий об'єм сечі за один сечопуск, мала частота сечопуску, парадоксальне нетримання сечі [2;11]. Також клініка нефрологічних порушень у пацієнтів з параноїдною формою шизофренії, окрім дизуричних явищ характеризується також наявністю больового синдрому. Незалежно від типу болю він включає в себе 4 основні компоненти: ноцицепція, сприйняття болю, переживання болю і больова поведінка. За кожною з цих клінічних категорій знаходиться анатомічний, психофізіологічний і психологічний субстрат [5;12]. Клінічна картина хронічних больових синдромів є результатом багатofакторного патогенезу, він включає не тільки взаємодію ноцицептивної та антиноцицептивної систем, індивідуально-типологічних особливостей, функціональні характеристики мозку пацієнта, але й генетичні адаптивні реакції, які лежать в основі пароксизмальності, депресії, тривоги, механізмів стресу, часткової психічної депривації, психосоматичних взаємовідносин [3]. Доказом такого погляду є дані про застосування антидепресантів, що є ефективними у 50-75% хворих з хронічними больовими синдромами, причому вираженість анальгетичного ефекту при використанні антидепресантів не залежна від переважання органічної чи психологічної основи болю і від антидепресивної активності препарату [5]. У пацієнтів, що страждають на параноїдну форму шизофренії, відмічається спотворення больової чутливості, коли порушуються декілька компонентів болю (ноцицепція, сприйняття болю, переживання болю і больова поведінка)[12;15;16], що впливає на формування дезадаптивної внутрішньої картини соматичного захворювання серед даної когорти пацієнтів.

Клінічна картина будь-якого прогресуючого психічного захворювання, у тому числі і шизофренії, незалежно від того, чи розвивається воно безперервно, у вигляді приступів або періодично (але з погіршенням якості ремісії), завжди ускладнюється. Першопочатково клінічно однорідний стан (астеничний, депресивний, істеричний, паранойяльний, стан навязливостей, тощо) при прогресивному протіканні захворювання стає все більш складним. Даний процес зміни і формування різних синдромів в рамках захворювання окреслює процес синдромогенезу. Наявність коморбідного соматичного захворювання робить суттєвий вплив на

формування клінічних синдромів в рамках основного захворювання, доповнюючи клініку шизофренії психогенними психопатологічними включеннями, а зумовлює виникнення нових комплексних синдромів. Ці дані і визначали актуальність нашого дослідження.

**Метою дослідження** було на основі комплексного аналізу клініко-психопатологічних, експериментально-психологічних, соціально-демографічних характеристик хворих дослідити закономірності синдромоутворення при параноїдній формі шизофренії у періоді екзацербачії та коморбідній патології сечовидільної системи, а також дослідити особливості нозогенного впливу соматичного захворювання на клінічну симптоматику у пацієнтів з шизофренією на етапі становлення ремісії.

**Об'єкт дослідження** – пацієнти, що страждають на параноїдну шизофренію та коморбідні захворювання сечовидільної системи.

**Предмет дослідження** – клініко-психопатологічні, експериментально-психологічні, катamnестичні особливості синдромогенезу у хворих на параноїдну шизофренію з супутньою патологією сечовидільної системи у періоді загострення та на етапі становлення ремісії.

Для реалізації мети дослідження на базі Тернопільської обласної клінічної комунальної психоневрологічної лікарні за період 2008-2010 років нами було обстежено 64 стаціонарних пацієнтів, що лікувалися із діагнозом „Шизофренія, параноїдна форма”. Пацієнтів було розділено на дві групи:

1 група -32 пацієнти, з них 14 чоловіків(43,75%), 18 жінок(56,25%), середній вік пацієнтів 40,56 років (від 18 до 61 років) з діагнозом параноїдної шизофренії і коморбідними захворюваннями сечовидільної системи (9 пацієнтів з хронічним піелонефритом, 19 пацієнтів з сольовим діатезом, 4 пацієнти з цистоуретритом). Середня тривалість захворювання на шизофренію – 14,58 роки (від 1 до 28 років).

2 контрольна група -32 пацієнти, з них 16 чоловіків (50%), 16 жінок (50%), середній вік пацієнтів 32 роки (- від 23 до 53 років)з діагнозом параноїдної шизофренії без соматичної коморбідності. Середня тривалість захворювання на шизофренію – 10,66 роки (від 2 до 28 років). Соціально-демографічні, катamnестичні характеристики пацієнтів обох груп суттєво не відрізнялися.

**Методи дослідження:** клініко-психопатологічний, соціально-демографічний, експериментально-психологічний, клініко-катamnестичний.

Клініко-психопатологічний метод ґрунтувався на загальноприйнятих підходах до психіатричного обстеження шляхом стандартизованого інтерв'ю та спостереження. До його структури входило ретельне дослідження анамнезу захворювання та життя, кількісна та якісна оцінка скарг, проявів психопатологічної симптоматики та вивчення медичної документації для верифікації психічного стану пацієнтів з параноїдною шизофренією та динаміки патологічного процесу з використанням діагностичних критеріїв МКХ-10, діагностування нефрологічної патології проводилось спеціалі-

стом терапевтичного профілю.

З метою психометричної оцінки шизофренічної симптоматики у хворих використовувалася стандартизована шкала PANSS з рядом під шкал (позитивної, негативної та загальної психопатології, композитний індекс та редукція симптоматики), оцінка афективних розладів проводилася за допомогою стандартизованої шкали Гамільтона (HAMD).

Експериментально-психологічне обстеження включало дослідження мислительних операцій, таких як класифікації (Л. С. Виготський, Б. В. Зейгарник, 1958), узагальнення, аналіз, порівняння понять(М. Л. Кононова, 1963), а також використовувалась проєктивна методика піктограм за Херсонським (Л. С. Виготський, Б. Г. Херсонський, 1982), з вирахуванням факторів абстрактності, індивідуальної значимості, частоти вибору, адекватності. Для визначення рівня особистісної та реактивної тривожності застосовували методику Спілбергера, у модифікації Ю. Л. Ханіна (1995).

Для типології нозогенного впливу соматичного захворювання на клінічну картину параноїдної шизофренії використовували опитувальник діагностики типів відношення до захворювання (ТОБОЛ), з допомогою якого можна визначити 12 типів особистісного реагування пацієнта на захворювання (гармонійний, ергопатичний, анозогностичний, тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолічний, апатичний, сенситивний, егоцентричний, паранойяльний, дисфоричний). З метою систематизації шкали об'єднані в наступні блоки, які відображають різну направленість дезадаптивної поведінки пацієнтів при схожих афективно-окреслених ситуаціях і визначають ступінь соціальної дезадаптації пацієнта у зв'язку з захворюванням: нозогнозія (гармонійний, ергопатичний), гіпнозогнозія (анозогностичний, меланхолічний, апатичний), часткова нестійка нозогнозія (дисфоричний, неврастенічний), гіпернозогнозія (іпохондричний, тривожний, сенситивний, егоцентричний), паранозогнозія (паранойяльний).

Соціально-демографічне дослідження включало вивчення медичної документації та аналіз анамнестичних даних, преморбідних рис, соціальних показників.

У рамках клініко-катamnестичного методу проаналізовані особливості динаміки клінічних проявів параноїдної шизофренії в періоді загострення та на етапі формування ремісії.

#### **Результати дослідження**

Серед пацієнтів контрольної групи динаміка симптоматики (редукція) становила 13, 76 %, у пацієнтів з супутніми захворюваннями сечовидільної системи - 16,64 %.

У пацієнтів контрольної групи у порівнянні з пацієнтами із супутньою нефрологічною патологією при загостренні шизофренії переважала класична психотична продуктивна симптоматика у вигляді галюцинаторно-параноїдних станів, психомоторного збудження, агресивності, синдрому Кандінського-Клерамбо з психічними автоматизмами. У пацієнтів кон-

трольної групи у гострій фазі захворювання частіше спостерігалось психомоторне збудження, дисфорія, емоційна неадекватність, кататонічні паракінези, кататонічна малорухомість, ауто психічна і соматопсихічна деперсоналізація, агресивність. Майже всі вищевказані симптоми належать до продуктивних психотичних порушень.

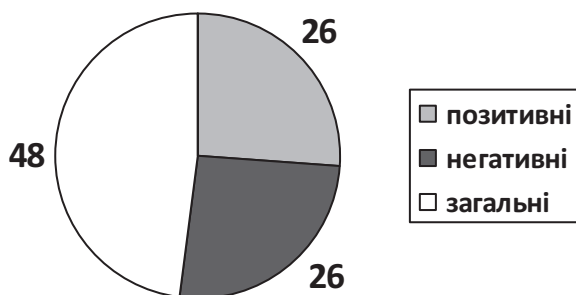
У пацієнтів з коморбідною нефрологічною патологією у гострій фазі захворювання частіше спостерігалися порушення мислення, параноїдний, тривожний, агрипнічний, депресивний, депресивно-іпохондричний, сенесто-іпохондричний, астенично-аненергічний, депресивно-апатичний синдроми, розлади потягів, когнітивна неспроможність. У пацієнтів даної групи, в порівнянні з контрольною, при загостренні і при фор-

муванні ремісії відмічалась більша частота синдрому соматопсихічної деперсоналізації (порушення усвідомлення соматичного Я), що була представлена вісцеральними галюцинаціями та псевдогалюцинаціями, аутометаморфопсіями, сенсорними автоматизмами в рамках синдрому Кандінського-Клерамбо, сенестопаціями. Дані психопатологічні феномени часто були первинним базисом для виникнення вторинного чуттєвого маячення із формуванням складних депресивно-параноїдно-іпохондричних синдромів, сенесто-іпохондричних, параноїдно-іпохондричних, сенесто-параноїдних синдромів.

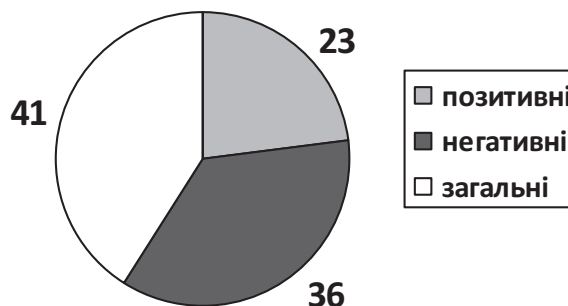
У фазі становлення ремісії у пацієнтів контрольної групи симптоматика параноїдної шизофренії проявлялась негативними дефіцитарними симптомами у вигля-

**Таблиця 1**

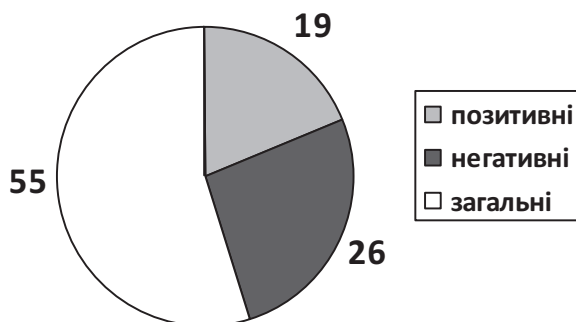
|                    | Фаза загострення |   | Фаза затухаючого загострення (становлення ремісії) |   |
|--------------------|------------------|---|--|---|
|                    | Контрольна група | Пацієнти з патологією сечо-статевої системи | Контрольна група                                   | Пацієнти з патологією сечо-статевої системи |
| Позитивні симптоми | 30,5             | 29,31                                       | 23,65  | 20,87                                       |
| Негативні симптоми | 31,55            | 29,6  | 31,2   | 27,13                                       |
| Загальні симптоми  | 58,1             | 64,1  | 43,25  | 53,27                                       |
| Загальна оцінка    | 122,8            | 125,32                                      | 105,9  | 104,47                                      |



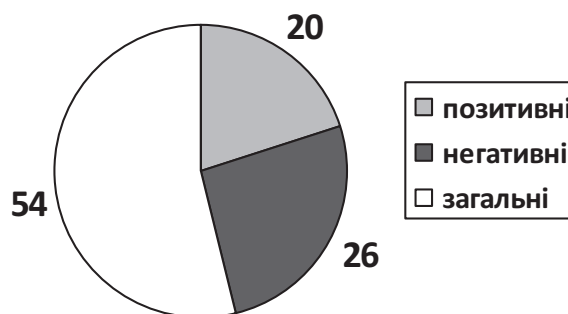
**Малюнок 1.** Пацієнти контрольної групи у фазі загострення



**Малюнок 3.** Пацієнти контрольної групи у фазі формування ремісії



**Малюнок 2.** Пацієнти з супутньою нефрологічною патологією



**Малюнок 4.** Пацієнти з супутньою нефрологічною патологією у фазі формування ремісії

ді втрати спонтанності, цілеспрямованості, емоційно-го компоненту діяльності, мотиваційного збіднення, зниження загального енергетичного потенціалу особистості.

У пацієнтів з супутньою патологією сечовидільної системи у фазі редукції гострої психотичної симптоматики відмічалась більша частота когнітивного зниження, що проявлялась неструктурованістю процесів мислення - операційних порушень (порушення мислительних операцій, таких як аналіз, класифікація, узагальнення та ін.); порушень мислення як діяльності (відсутність суб'єкту діяльності і його відмінних ознак – мети, мотиву і результату діяльності, наслідком чого є беззмістовність когнітивної активності, заміна її ригідними стереотипами); порушень уваги; некритичності; аутизації психічної діяльності.

Результати психометричного оцінювання пацієнтів обох груп по шкалі PANNS відображено в Таблиці 1.

При психометричному дослідженні за шкалою PANNS у пацієнтів з коморбідною патологією сечовидільної системи у порівнянні з контрольною групою у фазі загострення спостерігалась незначно вища (на 2, 52 бали ) загальна оцінка по шкалі PANNS, проте якісне наповнення цього показника у даних двох групах порівняння була різною.

У пацієнтів з супутньою патологією сечовидільної системи при психометричному оцінюванні по шкалі PANNS загальну оцінку наповнювали в основному загальні психопатологічні симптоми (51,15 %), оцінка яких була більшою ніж серед пацієнтів контрольної групи і у фазі загострення шизофренії, і у фазі становлення ремісії.

У фазі затухаючого загострення і становлення ремісії при практично однаковій загальній оцінці симптоматики по шкалі PANNS у пацієнтів контрольної групи були вищі показники оцінки і негативних і позитивних симптомів, а у пацієнтів з нефрологічною патологією вища оцінка по шкалі загальнопсихопатологічних симптомів.

При дослідженні наявності депресивної симптоматики у клінічній картині параноїдної шизофренії серед пацієнтів обох груп, виявлено, що у пацієнтів з супутньою нефрологічною патологією у фазі загострення у 29 % відмічався депресивний синдром важкого ступеню, в той час як у пацієнтів контрольної групи важка вираженість депресії була лише у 15 % пацієнтів. У фазі формування ремісії частота важкого депресивного синдрому у пацієнтів обох груп була приблизно однаковою (2 % - у пацієнтів контрольної групи та 28 % у пацієнтів з супутньою нефрологічною патологією).

Таблиця 2

Результати оцінки за шкалою Гамільтона для оцінки депресії

|                          | Контрольна група   |                            | Пацієнти з нефрологічною патологією |                            |
|--------------------------|--------------------|----------------------------|-------------------------------------|----------------------------|
|                          | У фазі загострення | У фазі становлення ремісії | У фазі загострення                  | У фазі становлення ремісії |
| Висока (більше 16 балів) | 15 %               | 25 %                       | 29 %                                | 28 %                       |
| Середня (7-16 балів)     | 60 %               | 50 %                       | 59 %                                | 54 %                       |
| Низька (0-6 балів)       | 25 %               | 25 %                       | 12 %                                | 18 %                       |

При дослідженні тривожності виявлено, що у фазі загострення високий рівень реактивної тривожності у пацієнтів обох груп відмічався приблизно з однаковою частотою, проте у пацієнтів з супутньою нефрологічною патологією високий рівень особистісної тривож-

ності мав місце у 61,1% випадків, а у пацієнтів контрольної групи – у 47,4%. У фазі становлення ремісії високий рівень особистісної і реактивної тривожності спостерігався частіше у пацієнтів з супутньою патологією сечовивідної системи.

Таблиця 3

Результати оцінки особистісної та реактивної тривожності за шкалою Спілберґера-Ханіна у фазі загострення

| Оцінка тривожності | Пацієнти з супутньою нефрологічною патологією |             | Контрольна група |             |
|--------------------|---|-------------|------------------|-------------|
|                    | Реактивна                                     | Особистісна | Реактивна        | Особистісна |
| Висока             | 76,2%   | 47,4%       | 72,2%            | 61,1%       |
| Середня            | 21,6%   | 31,2%       | 16,7%            | 22,2%       |
| Низька             | 2,2%  | 21,4%       | 11,1%            | 16,7%       |

Таблиця 4

**Результати оцінки особистісної та реактивної тривожності за шкалою Спілбергера-Ханіна у фазі затухаючого загострення (становлення ремісії)**

| Оцінка тривожності | Пацієнти з супутньою нефрологічною патологією |             | Контрольна група |             |
|--------------------|---|-------------|------------------|-------------|
|                    | Реактивна                                     | Особистісна | Реактивна        | Особистісна |
| Висока             | 31,4%   | 25,9%       | 27,8%            | 11,1%       |
| Середня            | 65,2%   | 54,3%       | 66,7%            | 50,0%       |
| Низька             | 4,4%  | 19,8%       | 5,5%             | 37,9%       |

Для кількісного дослідження факторів, які впливають на синдромогенез параноїдної шизофренії, що поєднується з патологією сечовидільної системи, на підставі якісного аналізу окремих симптомів шкали PANSS було проведено їх додаткову класифікацію; як підставу для класифікації було вибрано стандартизова-

ний зміст окремих шкал і розуміння завершених та незавершених синдромів. В кожну групу ввійшли позитивні, негативні і загальні симптоми. Було виділено наступні групи факторів: афективні порушення, порушення вольової сфери, когнітивні порушення, порушення соціальної активності.

Таблиця 5

**Співвідношення психопатологічних порушень із типом реагування на захворювання сечовидільної системи**

| Направленість психопатологічних порушень | Тип реагування на захворювання, що найчастіше зустрічався |
|--|---|
| Афективні порушення                      | меланхолічний, дисфоричний, тривожний                     |
| Порушення вольової сфери                 | апатичний, дисфоричний, ергопатичний                      |
| Когнітивні порушення                     | іпохондричний, паранояльний, анозогностичний              |
| Порушення соціальної активності          | сенситивний, егоцентричний, апатичний                     |

### Висновки

1. Клінічна картина екзацерації параноїдної шизофренії у пацієнтів без супутньої патології сечовидільної системи проявляється класичними продуктивними психопатологічними синдромами з їх редукцією і поступовим наростанням дефіцитарної симптоматики у процесі становлення ремісії.

2. У пацієнтів, що страждають на параноїдну шизофренію та супутню патологію сечовидільної системи синдромоутворення при екзацерації шизофренії представлено комплексними (складними) депресивними синдромами.

3. У пацієнтів, що страждають на параноїдну форму шизофренії без соматичної коморбідності депресивний синдром спостерігався у фазі затухаючого загострення, що свідчило про постшизофренічні депресивні розлади.

4. Серед пацієнтів із супутньою соматичною патологією у фазі формування ремісії більша частота середнього та важкого ступеню депресії спричиняло вищий ступінь когнітивного дефіциту.

5. У пацієнтів з супутньою нефрологічною патологією на синдромогенез у гострій фазі параноїдної шизофренії впливав високий рівень особистісної тривожності, а у фазі формування ремісії високий рівень реактивної тривожності віддзеркалював нозогенний вплив соматичного захворювання на клінічну картину шизофренії.

6. Важливу роль у синдромоутворенні при екзацерації параноїдної шизофренії у пацієнтів з коморбідною патологією сечовидільної системи відіграють явища соматопсихічної деперсоналізації.

7. Задіяність в синдромоутворенні параноїдної шизофренії певної психічної сфери визначає направленість типу реагування на захворювання у пацієнтів з супутньою нефрологічною патологією.

Отже, дане дослідження дозволило дати комплексну характеристику клініко-психопатологічних факторів синдромогенезу параноїдної шизофренії інтеграційну структуру синдромогенезу, що охоплює широкий спектр порушень афективної, вольової сфери, когнітивної діяльності.

**Література:**

1. Берсенева М.И. Клинические варианты течения хронических гломерулонефритов и особенности психического состояния больных // *Врач и общество*, том 1. - Москва, 2002. - 78.
2. Ванчакова Н.П. Психические и психосоматические расстройства у больных с разной степенью тяжести заболеваний почек и проблемами адаптации // *Нефрология*. - 2002. - Т. 6, № 4. - 25 - 33.
3. Ванчакова Н.П. Роль эмоций и поведения в хронической боли. Ученые записки. - 2000, т. УП, №3. - Санкт-Петербург, 2000. - 59-64.
4. Вассерман Л.И., Трифонова Е.Н., Федорова В.Л. Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных с соматической патологией. *Сибир. психол. журнал*. 2008; 27: С: 67-71.
5. Вейн А.М., Авруцкий М.Я. Боль и обезболивание. М.: Медицина, 1997. 280С.
6. Герман Г.Н. О психических нарушениях при заболеваниях почек // *Здравоохранение №4*. - Кишинев, 1971. - 23-25.
7. Коркина М.В., Цивилько М.А. Психические нарушения у больных в терминальной стадии хронической почечной недостаточности и их динамика в процессе лечения гемодиализом // *Неврология и психиатрия*. Вып.4. - Киев, 1974. 78 - 82.
8. Петрова Н.Н. Психическая адаптация больных с хронической почечной недостаточностью к болезни и лечению гемодиализом // *Афтореф. диссерт. на соиск.уч.степени д.м.н.* - СПб, 1997
9. Anderson R.T., Anderson S.T. Culture and pain. In *The puzzle of pain*. - New York, 1994.-P. 120-138.
10. Brickman A.L., Fins A.I. Kidney allograft survival: Relationship to dialysis compliance and other behaviors // *Dial. Transpl.* - 1996. - № 25. - P. 88-93.
11. Finkelstein F.O., Finkelstein S.H. Depression in chronic dialysis patients: assessment and treatment. // *Nephrol Dial Transplant.* - 2000. - Vol.15, №12.-P. 1911-1913.
12. Gatchel R.J., Turk D.C Ed. *Psychosocial Factors in Pain. Clinical Perspectives*. The Guilford Press, New York, London, 1999. 51 Op.
13. Kimmel PI, Weihs KL, Peterson RA et al. Multiple measurements of depression predict mortality in a longitudinal study of chronic hemodialysis patients. // *Kidney Int.* - 2000. -№ 57 - P. 2093-2098.
14. Newman S.C., Bland R.C.. Mortality in a cohort of patients with schizophrenia: A record linkage study. // *Can J Psychiatry* 1991; 36 – P. 239 - 245.
15. Rosenthal H., Porter K.A., Coffey B. Pain insensitivity in schizophrenia. Case report and review of the literature. // *Gen. Hosp. Psychiatry*. – 1990. – Vol. 12. – N 5. – P. 319 – 322.
16. Rickelman BL. Anosognosia in individuals with schizophrenia: toward recovery of insight. *Ment Health Nurs.* – 2004, Apr–May;25(3). – P. 27–42.

**НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ МОЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ**

**Е.Е.Смашна**

В статье представлены результаты обследования 32 пациентов с параноидной шизофренией и 32 пациента с параноидной шизофренией и коморбидной патологией мочевыводящей системы.

Исследовались особенности патопластического влияния имеющегося нефрологического заболевания на синдромоформирование у пациентов с параноидной формой шизофрении в фазе обострения и в фазе формирования ремиссии. Выявлено, что сопутствующее заболевание мочевыводящей системы влияет на клиническую картину параноидной шизофрении таким образом, что в фазе обострения вместо классических галлюцинаторно-параноидных состояний формируются сложные смешанные депрессивные синдромы (депрессивно-параноидный, депрессивно-ипохондрически-параноидный, тревожно-депрессивный, и прочие).

Также исследовались закономерности связи нарушений определенной психической сферы с типом внутренней картины заболевания.

**Ключевые слова:** параноидная шизофрения, медицинская коморбидность, синдромогенез, внутренняя картина заболевания

**SOME CONFORMITIES OF FORMING OF CLINICAL PRESENTATION OF PARANOID SCHIZOPHRENIA AMONG PATIENTS WITH CONCOMITANT PATHOLOGY OF URINAL SYSTEM**

**O.Ye. Smashna**

Results of inspection of 32 patients with paranoid schizophrenia and 32 patients are with paranoid schizophrenia and comorbid pathology of the urinal system was presented in the article.

The features of pathoplastic influence of present nephrological disease on syndromogenesis for patients with the paranoid form of schizophrenia in the phase of exacerbation and in the phase of forming of remission were investigated. Was educed, that the concomitant disease of the urinal system influences on clinical presentation of paranoid schizophrenia like so that in the phase of exacerbation instead of the classic hallucinatory-paranoid states the difficult complex depressive syndromes (depressive -paranoid, depressive –hypochondrical-paranoid, anxiously-depressiv, and other) are forming.

Conformities of connection of violations of certain psychical sphere were also investigated with the type of internal picture of disease.

**Keywords:** paranoid schizophrenia, medical comorbidity, syndromogenesis, internal picture of disease