

УДК: 616.895.87+616-018+61689-06

О.Є.Смашна

## КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СИНДРОМОПЛАСТИЧНОГО ВПЛИВУ СУПУТНИХ СОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НА ФОРМУВАННЯ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ ШИЗОФРЕНІЇ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

**Ключові слова:** параноїдна шизофренія, коморбідність з соматичними захворюваннями, синдромогенез

Наявність психічних розладів у пацієнтів з соматичними захворюваннями суттєво впливає на перебіг останніх [9], порушує суб'єктивне сприйняття хворими їх проявів та динаміки [2;12], знижує ефективність лікування [19], ускладнює реабілітаційні можливості та підвищує відсоток інвалідності [ 24].

Ще у 1938 році після широкого впровадження в психіатричну практику інсулінокоматозної терапії М.Я.Серейський відмітив зміни у перебігу шизофренії. В основі цієї видозмінени клінічного оформлення і перебігу шизофренічного процесу лежала коморбідність психічного стану з гострим соматичним станом [6].

Гіпотетично соматичне захворювання синдромопластично впливає на клінічну симптоматику шизофренії, оскільки до класичної шизофренічної симптоматики додається нозогенні реактивні неврозоподібні включення та афективні порушення [3;5;8]. А.Б.Смулевич при вивченні реактивних утворень при шизофренії підкреслював, що у формуванні феномену реактивної лабільності бере участь комплекс екзогенних, конституційних і ендогенних чинників [14].

З іншого боку патофізіологічні, нейро-ендокринні прояви соматичних захворювань також спричиняють вплив на вже існуючі шизофренічно обумовлені девіації у психічній сфері та динаміку психопатологічної симптоматики. В результаті цього відбувається соматогенний патоморфоз шизофренії із формуванням нехарактерним для шизофренії поєднанням синдромів та формуванням комплексних складних синдромів [6;10;11]. Деякі автори вказують, що динаміка психічних розладів, коморбідних з соматичною патологією, відрізняється високою прогресивністю і маскованістю симптомів поєднаних захворювань, що приводить до невчасної діагностики психічних розладів, їх неадекватної терапії, затяжного перебігу і гіршого клінічного прогнозу [9]. Інші дослідники підкреслюють, що поєднання шизофренії з соматичною патологією не завжди є предикторами поганого прогнозу психічного розладу, а власне психопатологічна симптоматика при такій коморбідності характеризується бідністю та редукованістю симптомів шизофренії та кращим усвідомленням наявного психічного розладу. Також відома позиція ряду авторів, які розглядають шизофренічні реакції в рамках посттравматичного стресового розладу, атипові прояви якого тісно поєднують з шизофренічною симптоматикою [23].

Змінені соматичною патологією фізіологічні функції організму та спотворення психічним розла-

дом відчуття тілесності у пацієнтів з параноїдною шизофренією часто стають основою складних параноїдних синдромів в вираженою психотичною депресивною симптоматикою.

Важливим практичним аспектом даної проблеми є терапія пацієнтів з шизофренією, які мають супутню соматично патологію. Антипсихотичні засоби часто мають виражені і досить небезпечні соматотропні побічні ефекти [ 20, 21]. З іншого боку, призначення терапевтично активних дозувань антипсихотиків у даного контингенту пацієнтів є обмежене через соматичні протипокази, вказані вище побічні ефекти, фармакодинамічні та фармакокінетичні взаємодії соматотропних середників [1;4].

Всі вищевказані обставини роблять актуальним дослідження різних аспектів поєднання параноїдної шизофренії та соматичної патології.

**Метою** нашого дослідження було на основі комплексного аналізу клініко-психопатологічних, експериментально-психологічних, соціально-демографічних характеристик пацієнтів визначити закономірності синдромоутворення при параноїдній формі шизофренії та коморбідній патології різних систем організму у періоді екзацербачії шизофренії, виявити особливості синдромоутворення при шизофренії в залежності від коморбідності соматичних патологій різних систем організму; дослідити вплив супутнього соматичного захворювання на динаміку шизофренічної симптоматики в процесі антипсихотичної терапії; враховуючи особливості синдромоутворення при параноїдній шизофренії, що перебігає з супутньою соматичною патологією, вдосконалити психофармакологічну та психотерапевтичну допомогу даному контингенту пацієнтів.

**Методи обстеження:** клініко-психопатологічний з застосуванням психометричних шкал (шкала оцінки позитивних та негативних симптомів шизофренії PANSS, шкала для оцінки депресії HAMD), клініко-катамнестичний, соціально-демографічний, експериментально-психологічний (дослідження розумових операцій, методика піктограм за Херсонським, опитувальник для визначення рівня особистісної та реактивної тривоги Спілбергера-Ханіна, опитувальник для визначення якості життя "SF-36 Health Status Survey"). Пацієнти обстежувались двічі: при надходженні у фазі загострення параноїдної шизофренії та вдруге – через місяць після проведення психофармакотерапевтичного лікування на етапі формування ремісії.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Дос-

ліджуючи структуру клінічного формування синдромів при загостренні шизофренії та їх динаміку під впливом лікування, нами було обстежено за період 2008-2010 років в умовах Тернопільської обласної клінічної комунальної психоневрологічної лікарні 155 пацієнтів, які по наявності певної соматичної патології чи її відсутності були розділені на 5 груп, які в процесі дослідження порівнювалися між собою. У фазі загострення при порівнянні досліджуваних груп з контрольною не виявлено достовірних відмінностей у психометричній оцінці психічного стану по шкалі PANSS (загальна оцінка по шкалі 116,72 – 121,87), що вказує на відсутність полегшуючого впливу на гостроту психотичного стану при екзацерації шизофренії в разі наявності коморбідного соматичного захворювання. Проте виявлено різницю у якісному наповненні даної оцінки, тобто у співвідношенні оцінок по підшкалам позитивних, негативних та загальних симптомів. Щодо клініко-психопатологічного змісту клінічної симптоматики при загостренні шизофренії, аналізуючи результати дослідження було виділено наступне: у пацієнтів з соматичною патологією різних систем організму в порівнянні з контрольною групою частіше спостерігалася депресивна симптоматика у вигляді як простого депресивного синдрому (найчастіше в пацієнтів з нефрологічною (25%) та кардіологічною (18,75%) патологіями) та комплексних депресивних синдромів (тривожно-депресивного (пацієнти з гостроентерологічною (23,33%) та респіраторною (23,33%) патологіями), депресивно-іпохондричного (пацієнти з нефрологічною (18,75%) та респіраторною (20%) патологіями), депресивно-параноїдного (при нефрологічній (15,63%) та гастроентерологічній (20%) коморбідності). У пацієнтів контрольної групи більш часто, ніж у пацієнтів з супутньою соматичною патологією в клініці афективних порушень спостерігалися спотворення ефективності у вигляді емоційної неадекватності (25,81%) та дисфоричності (16,13%). Вищевказані дані є свідчення більш частого емоційного розщеплення при загостренні параноїдної шизофренії у пацієнтів без супутньої соматичної патології та більш збереженої цілісності емоційних процесів при коморбідних соматичних патологіях, що є підґрунтям для формування клінічно і феноменологічно складних депресивних синдромів.

У структурі порушень мислительної сфери і когніцій у фазі загострення відмічалась специфічність семантики параноїдного синдрому у пацієнтів з різними соматичними захворюваннями. Так, у 12,90% з супутньою кардіологічною патологією спостерігалась специфічна тематика параноїдного синдрому у вигляді маячення вагітності, а 15,63% пацієнтів з нефрологічною патологією параноїчний синдром наповнювали іпохондричні переконання, які базувалися на сенестопатичних відчуттях. Також відмічалися вищі показники когнітивної неспроможності у пацієнтів з супутніми захворюваннями серцево-судинної системи, що може бути ознакою атеросклеротичних змін у судинах

головного мозку з явищами когнітивного дефіциту.

При аналізі порушень соціальної активності у фазі загострення в процесі нашого дослідження виявлено, що у пацієнтів контрольної групи дані порушення були зумовлені більшою в порівнянні з пацієнтами з груп з коморбідною соматичною патологією вираженістю продуктивних психотичних порушень у вигляді параноїчної поведінки, агресивності, розладів потягів, психомоторного збудження, високого рівня психотичної тривоги, негативізму, емоційної розщепленості і неадекватності, що робило неможливими адекватну соціальну перцепцію та відповідні поведінкові акти. Натомість у пацієнтів з соматичною патологією порушення соціальної активності у фазі загострення частіше були зумовлені негативною симптоматикою у вигляді кататонічного ступору, аутизму, парабулій, стереотипій діяльності.

Дослідження синдромальної характеристики порушень соматичної перцепції у досліджуваних групах пацієнтів у періоді загострення шизофренії показала, у всіх групах пацієнтів з різними соматичними патологіями в порівнянні з контрольною групою хворих спостерігалось підвищення частоти соматичної занепокоєності. Даний симптом був емоційною реакцією на соматичні процеси як патологічного, так і фізіологічного характеру, оскільки тематика соматичної тривожності і фокус її уваги не завжди були співзвучними до реальних соматичних симптомів та тілесних відчуттів, обумовлених актуальним соматичним стражданням. Також, у пацієнтів з супутніми захворюваннями сечовидільної та дихальної системи відмічалась достовірно більша частота синдромів як неврозоподібного так і психотичного реєстру, що стосувалися порушеного сприймання фізіологічних функцій, різноманітних патологічних тілесних сенсацій у вигляді сенестопатій, дисоціативно-конверсивних порушень чутливості із формуванням на їх фоні параноїдно-іпохондричних синдромів.

Щодо якісної оцінки клініко-психопатологічного стану у досліджуваних пацієнтів на етапі формування ремісії, то у пацієнтів контрольної групи, частіше в порівнянні з усіма групами пацієнтів з коморбідними соматичними захворюваннями, виявлялися афективні синдроми, які є клінічними індикаторами гостроти шизофренічного процесу, такі як тривожний, обсесивно-фобічний, дисфоричний синдроми та синдром емоційної неадекватності. Дані синдроми хоча і не були специфічно психотичного реєстру, а неврозоподібними, проте вони є ознаками недостатньої якості ремісії шизофренії у даній групі пацієнтів. В меншому ступені дані синдроми були виражені у групі з супутньою серцево-судинною патологією.

Узагальнюючи структуру когнітивних порушень у досліджуваних пацієнтів відмічено, що не дивлячись на проведене лікування та редукцію продуктивної психотичної симптоматики, у пацієнтів контрольної групи спостерігався широкий спектр когнітивних порушень як дефіцитарних (стереотипність мислення,

ідеаторне загальмування), так і продуктивних (параноїдний синдром, синдром аутопсихічної деперсоналізації). Достовірних відмінностей у частоті різних синдромів порушень соматичної перцепції та інтерпретації тілесних сенсацій між групами пацієнтів з супутніми патологіями різних систем організму не було виявлено. Натомість відмічено, що у пацієнтів контрольної групи достовірно частіше відмічалися соціальна занепокоєність, соматопсихічна деперсоналізація та сенесто-іпохондричний синдром. Наявність даних синдромів свідчили про низьку якість ремісії пацієнтів з одного боку, резистентність даних синдромів у пацієнтів без супутньої соматичної патології – з іншого боку. Також ці дані говорять про те, що у клінічну картину параноїдної шизофренії у фазі загострення у пацієнтів з супутньою соматичною патологією більший частіше включаються синдроми патологічних соматичних сенсацій та патологічної інтерпретації тілесного досвіду, а на етапі формування ремісії дані феномени не є актуальними у формуванні клініки шизофренії.

Огляд включених симптомів дозволив дати комплексну характеристику клініко-психопатологічних факторів синдромогенезу параноїдної шизофренії, коморбідної з соматичною патологією. Дана характеристика демонструє інтеграційну структуру синдромогенезу та охоплює широкий спектр порушень афективної, вольової сфери, когнітивної, перцептивної та соціальної діяльності.

У таблиці 1 показана структура динаміки психопатологічної симптоматики по шкалі PANSS.

Як видно з таблиці 1, у пацієнтів контрольної групи та групи з нефрологічною патологією спостерігалась частіше високий ступінь терапевтичної резистентності психопатологічної симптоматики, що проявлялась і найнижчими загальними показниками редукції у групі та високим відсотком пацієнтів з негативною динамікою психопатологічної симптоматики. У пацієнтів з кардіологічною та респіраторною патологіями спостерігалась найвищий терапевтичний відгук на психотропне лікування, що проявлялося як найвищими загальними показниками редукції у групі, так і найбільшим відсотком із динамікою більше 20 %.

При оцінці якості життя у фазі загострення шизофренії виявлена тенденція до найнижчого оцінювання параметрів, які стосувалися соматичного здоров'я та функціонування з ним пов'язаного, у пацієнтів з нефрологічною патологією. Навпаки – найвище оцінювання свого соматичного здоров'я та функціонування з ним пов'язаного відмічалась у пацієнтів з кардіологічною патологією та у групі порівняння. Оцінка показників психічного стану та рольового та соціального функціонування з ним пов'язаного була достовірно вищою у пацієнтів контрольної групи та з супутньою респіраторною патологією. У фазі загострення шизофренії найвищі показники як психічного так і фізичного компоненту здоров'я спостерігалися у групі порівняння ( $-PH - 263,90 \pm 4,79$ ,  $MH - 229,32 \pm 4,63$ ) і у групі пацієнтів з супутніми кардіологічними захворюваннями ( $PH$

$-268,91 \pm 2,84$ ,  $MH - 233,06 \pm 4,31$ ), а найнижчі показники по обох компонентах спостерігалися у групі з супутньою нефрологічною патологією ( $PH - 103,88 \pm 2,81$ ,  $MH - 119,41 \pm 4,44$ ). У фазі ремісії найвищий показник фізичного компоненту здоров'я ( $180,00 \pm 7,16$ ) спостерігався у контрольній групі, а найнижчі – у пацієнтів з респіраторною ( $124,93 \pm 4,98$ ) та нефрологічною патологією ( $122,06 \pm 4,54$ ). Щодо психологічного компоненту, то найвищі показники також були у пацієнтів контрольної групи ( $180,00 \pm 7,16$ ), а найнижчі – у групі з гастроентерологічною ( $144,00 \pm 5,05$ ) та нефрологічною ( $147,25 \pm 5,64$ ) патологіями.

Аналізуючи динаміку оцінки соматичного стану, у всіх пацієнтів, окрім групи з коморбідною нефрологічною патологією, спостерігалось покращення оцінювання фізичного компоненту здоров'я у фазі формування ремісії в порівнянні з оцінюванням цього показника у фазі загострення. Причому найбільша різниця в оцінці даного параметру спостерігається у групі порівняння та у групі з супутніми кардіологічними захворюваннями, що говорить про найбільш суттєвий вплив продуктивної психотичної симптоматики на усвідомлення і відношення до свого соматичного стану у пацієнтів даних груп з тенденцією від анозогностичної до нормогностичної позиції.

При аналізі динаміки оцінки психічного стану у пацієнтів групи порівняння та у пацієнтів з супутньою кардіологічною патологією відмічено зниження показника Психічного компоненту здоров'я  $MH$ , причому у групі з кардіологічною патологією спостерігалось більш стрімке зниження даної оцінки. У пацієнтів з нефрологічною, гастроентерологічною та респіраторною патологією відмічалось підвищення оцінки по даному показнику.

Спотворення об'єктивної оцінки соматичного функціонування є однією з основних мішеней психотерапевтичних втручань при коморбідності параноїдної шизофренії з соматичними захворюваннями, оскільки призводить до зниження якості лікування коморбідних соматичних захворювань та так званої «патологічної поведінки в хворобі».

Депресивна симптоматика у поєднанні з симптомами порушеного відчуття, усвідомлення чи інтерпретації тілесного досвіду спричинюєвала гіпернозогностичну установку щодо актуального соматичного захворювання з іпохондричною налаштованістю та переоцінкою його наслідків.

Виражена продуктивна шизофренічна симптоматика у пацієнтів з параноїдною шизофренією та супутньою соматичною патологією зумовлювала гіпо- та анозогностичну позицію з порушенням комплаєнтності у лікуванні коморбідної соматичної патології.

В результаті дослідження виділено наступні механізми синдромогенезу при коморбідності параноїдної шизофренії та соматичної патології. 1) Переважно соціально – обумовлений тип – пов'язаний з соціальними, культуральними факторами, так званою соціальною атрибуцією ролі хворого. Синдромогенез за даним

Таблиця 1

## Динаміка психопатологічної симптоматики у обстежених пацієнтів по шкалі PANSS

Тип динаміки	Негативна динаміка		0-10%		11-20%		Більше 20%	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Групи обстежених								
Контрольна група, n -29	4	12,90	5	16,13	8	25,81	14	45,16
Пацієнти з нефрологічною патологією, n -31	3	9,38	10	31,25	8	25,00	11	34,38
Пацієнти з серцево-судинною патологією, n -30	0	** p <sub>1</sub> <0,1	5	15,63 p <sub>1</sub> >0,1	7	21,88 p <sub>1</sub> >0,1	20	62,50 p <sub>1</sub> <0,05
Пацієнти з гастроентерологічною патологією, n -30	0	** p <sub>1</sub> <0,1 p <sub>2</sub> >0,1	4	13,33 p <sub>1</sub> <0,1 p <sub>2</sub> >0,1	17	56,67* * p <sub>1</sub> <0,05 p <sub>2</sub> <0,01	9	30,00 p <sub>1</sub> >0,1 p <sub>2</sub> <0,01
Пацієнти з респіраторною патологією, n -30	2	6,67 p <sub>1</sub> >0,1 p <sub>2</sub> >0,1 p <sub>3</sub> >0,1	2	6,67 p <sub>1</sub> <0,05 p <sub>2</sub> >0,1 p <sub>3</sub> >0,1	9	30,00 p <sub>1</sub> >0,1 p <sub>2</sub> >0,1 p <sub>3</sub> <0,05	17	56,67 p <sub>1</sub> <0,1 p <sub>2</sub> >0,1 p <sub>3</sub> <0,05

**Примітки:**

Коефіцієнти достовірності в порівнянні з контрольною групою – \*коефіцієнт достовірності <0,1;

\*\*коефіцієнт достовірності <0,05; \*\*\* коефіцієнт достовірності <0,01, \*\*\*\* коефіцієнт достовірності <0,001;

p<sub>1</sub> – порівняння з групою з патологією сечовидільної системи;

p<sub>2</sub> – порівняння з групою з патологією серцево-судинної системи;

p<sub>3</sub> – порівняння з групою з патологією травної системи.

типом реалізується у пацієнтів при достатньо збереженому рівні соціальної компетентності, особистісної цілісності, при задовільному соціальному орієнтуванні та функціонуванні. 2) Переважно психопатологічно - обумовлений тип (феноменологічний) – обумовлений наявними психопатологічними симптомами параноїдної шизофренії як позитивного, так і негативного спек-

тру. Синдромоутворення за даним типом визначається актуальними ендogenous патологічними симптомами, через призму яких сприймається об'єктивність супутнього соматичного захворювання. 3) Сомато-біологічний тип – обумовлений переважно патоанатомічними, ноцицептивними (патофізіологічними) змінами у організмі, які достатньо виразно відрізняються від

попереднього соматопсихічного досвіду особистості, і спричиняють вплив на особистісне реагування на наявність соматичного захворювання, а також впливають на формування фабули параноїдних утворень, емоційні синдроми, тощо.

В результаті дослідження вибірки пацієнтів, що страждали на параноїдну форму шизофренії з супутніми соматичними захворюваннями, виявлено багатоваріантність коморбідних співвідношень та виділено три типи клінічної синдромологічної коморбідності параноїдної шизофренії, обтяженої соматичною патологією:

Автономний - одночасне співіснування психопатологічних синдромів власне ендогенного шизофренічного походження та психогенних, обумовлених психологічною реакцією особистості на наявність супутнього соматичного захворювання (нозогенією). При такому типі коморбідності клінічну картину параноїдної шизофренії складають синдроми психотичного реєстру (наприклад, синдром психічного автоматизму Кандінського-Клерамбо, кататонічний ступор, тощо) та психогенно-обумовлені неврозоподібні включення.

Синергічно-патопластичний – утворення змішаних ендогенних і психогенних синдромів, таких як параноїдно-депресивний, параноїдно-іпохондричний, тощо.

Дисоціативно – патопластичний – утворення атипових складних комплексних синдромів і за механізмом синергії, а також за механізмом дисоціації всередині синдрому з випадінням характерних його складових (при депресивному синдромі заміщення ідеомоторного загальмування і формування ажитованого депресивного симптомокомплексу).

Домінування того або іншого варіанту коморбідних співвідношень більшою мірою обумовлене характеристиками власне ендогенного захворювання (гостротою психопатологічної симптоматики фазою захворювання (екзацербіція, ремісія, дефектний стан, тощо), ніж особливостями психогенної дії супутнього соматичного захворювання.

Можливість тривалого персистування нозогенно-обумовлених симптомів в умовах шизофренічного процесу визначається в першу чергу рівнем стадією шизофренічного процесу. Так у фазі загострення шизофренії відмічено специфічний синдромопластичний вплив симптомів супутнього соматичного захворювання на оформлення клінічних психотичних синдромів шизофренії. У фазі формування ремісії у разі достатньо високого преморбідного рівня соціального та особистісного функціонування пацієнтів з збереженням рівня афективності спостерігається формування нозогенних синдромів непсихотичного реєстру. У разі виходу у періоді затухання загострення та переходу у ремісію на перший план децітарної шизофренічної симптоматики як прояву шизофренічного дефекту, нозогенний патопластичний вплив супутнього соматичного захворювання згладжується.

При призначенні психофармакотерапії у пацієнтів, що страждають на параноїдну шизофренію та супутні соматичні захворювання, крім ефективності, переносимості та безпечності призначення антипсихотичних засобів, слід враховувати їх соматотропні ефекти, а також особливості можливої фармакокінетичної та фармакодинамічної взаємодії психо- та соматотропних засобів. Психопатологічні синдроми, що включаються у клінічну картину шизофренії при супутніх соматичних захворюваннях різних систем організму, потребують комбінованого застосування антипсихотиків з психотропними засобами інших основних груп (анксіолітиками, антидепресантами, нормотиміками).

симості та безпечності призначення антипсихотичних засобів, слід враховувати їх соматотропні ефекти, а також особливості можливої фармакокінетичної та фармакодинамічної взаємодії психо- та соматотропних засобів. Психопатологічні синдроми, що включаються у клінічну картину шизофренії при супутніх соматичних захворюваннях різних систем організму, потребують комбінованого застосування антипсихотиків з психотропними засобами інших основних груп (анксіолітиками, антидепресантами, нормотиміками).

#### Висновки

1. Структура синдромогенезу параноїдної шизофренії, коморбідної з соматичною патологією, носить інтеграційний характер та охоплює широкий спектр порушень афективної, вольової сфери, когнітивної, перцептивної та соціальної діяльності.

2. Спотворення усвідомлення та відношення до проявів актуального соматичного захворювання у пацієнтів з параноїдною формою шизофренії реалізується за трьома основними напрямками – переважно соціально-обумовленими типом, переважно психопатологічно обумовленими типом та переважно соматобіологічним типом.

3. Важливу роль у синдромоутворенні при екзацербіції параноїдної шизофренії у пацієнтів з коморбідною соматичною патологією відіграють явища соматопсихічної деперсоналізації.

4. Оптимізація терапії параноїдної шизофренії при супутніх соматичних захворюваннях полягає не лише в досягненні безумовно позитивного ефекту від призначення психотропних засобів, але і в мінімізації їх побічних ефектів і ризику ускладнень терапії.

5. Синдромопластичний вплив супутньої соматичної патології різних систем організму на вираженість актуальної психопатологічної симптоматики параноїдної шизофренії впливає на суб'єктивну оцінку пацієнтами параметрів свого соматичного та фізичного функціонування.

6. Диференціальна психотерапія пацієнтів, що страждають на параноїдну форму шизофренії передбачає врахування фази захворювання, гостроти та вираженості психопатологічної симптоматики, а також якісних психопатологічних характеристик у виборі тактики психотерапевтичного впливу.

Отже, в результаті проведеного дослідження нами виявлено комплексні закономірності синдромоутворення при параноїдній шизофренії у пацієнтів з коморбідними соматичними захворюваннями. Отримані дані дозволили оптимізувати психофармакотерапевтичну та психотерапевтичну допомогу даному контингенту пацієнтів.

#### Література:

1. Булаков, А. В. *Аспекти ефективності і безпеки призначення антипсихотиків у больних шизофренією з супутньої соматичною патологією (по матеріалам симпозиума "Фармакотерапія психозів і розстройств настроєння з супутньої соматичною патологією")* [Текст] / А. В. Булаков // *Психические расстройства в общей практике. – 2006. – Том 01, № 2, – С. 14–19.*

2. Вассерман, Л.И. Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных с соматической патологией [Текст] / Л.И. Вассерман, Е.Н. Трифонова, В.Л. Федорова // Сибир. психол. журнал. — 2008; — №27. — С. 67-71.
3. Выборных, Д.Э. К вопросу о шизофренических реакциях у больных с актуальным соматическим заболеванием [Текст] // Шизофрения и расстройства шизофренического спектра. / Под ред. А.Б. Смугевича. — М., — 1999. — С. 252-256.
4. Дробижев, М.Ю. Взаимодействие средств, применяемых для лечения соматических заболеваний, и психотропных препаратов [Текст] / М.Ю. Дробижев // Современная психиатрия. — 1998. — №2. — С. 15-18.
5. Ильина, Н.А. Шизофренические реакции (аспекты типологии, предикции, клиники, терапии) [Текст] / Н.А. Ильина // Автореф. дис. д-ра мед. наук. — М. — 2006. — 58с.
6. Канабих, Ю. «История психиатрии» [Текст] / Ю. Канабих // М., ЦТР МГП ВОС, 1994г. 528с.
7. Колотилин, Г. Ф. Клинико-психопатологический патоморфоз параноидной шизофрении [Текст] / Г. Ф. Колотилин, М. В. Яковлева // Дальневосточный медицинский журнал. — 2009. — № 3. — С. 64-66.
8. Коцюбинский, А.П., Значение адаптационно-компенсаторных механизмов в синдромогенезе шизофрении [Текст] / А.П. Коцюбинский, А.И. Скорик, Н.А. Пенчул // Социальная и клиническая психиатрия. — 2007 — Т.17. — №2, — С.103-107.
9. Лебедева, В. Ф. Психические расстройства при соматических заболеваниях (эпидемиологический, клинический, реабилитационный аспекты) [Текст] : автореф. дис. ... док. мед. наук : 14.01.16 / Лебедева Валентина Федоровна ; «Научный центр психического здоровья РАМН» (Москва). — Томск, 2007. — 46 с.
10. Михайлов, Б.В. Сучасний стан проблеми шизофренії (Огляд літератури) [Текст] / Б.В. Михайлов // — Український вісник психоневрології. — 2010 — Т.18, вип.4 (65). — С. 39-46.
11. Некоторые современные особенности динамики синдромкинеза у больных параноидной шизофренией [Текст] / В. Б. Вильянов, Б. Д. Цыганков // Российский психиатрический журнал. - 2005. — № 3. — С. 15-19. - Библиогр.: с. 19. - Реферирована. - ISSN 1560-957X
12. Николаева, В.В. Клинико-психологические проблемы телесности [Текст] / В.В. Николаева, Г.А. Арина // Психологический журнал. — 2003, — №1. — С. 43-52.
13. Сюняков, Т.С. К проблеме двоянных психогенно провоцируемых аффективных фаз при реактивной шизофрении [Текст] / Т.С. Сюняков // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2004. — Т. 6, № 1. — С. 24-26.
14. Смугевич, А. Б. Шизофрения и расстройства шизофренического спектра в соматическом стационаре [Текст] / А. Б. Смугевич, М. А. Дробижев, С. А. Иванов // Журн. неврол. и психиатр. им.С.С.Корсакова — 2002. — № 7. — С.9-13.
15. Тхостов, А.Ш. Психология телесности [Текст] / А.Ш.Тхостов // М.: Смысл, 2002, — С: 15-27, 66-72, 115-128.
16. Шмилович, А. А. Клинические особенности психогенно спровоцированных обострений параноидной шизофрении [Текст] / А. А. Шмилович О. С. Евдокимова // Журнал неврологии и психиатрии им.С.С.Корсакова. — 2008. — № 6. — С. 18-23.
17. Царук, Т.П. Роль реактивной лабильности в нарушениях адаптации у больных приступообразной шизофренией [Текст] / Т.П. Царук // Тезисы доклада к юбилейной конференции б-цы им.П.Б.Ганнушкина в кн.: Актуальные проблемы клиники и терапии психических заболеваний и организации психиатрической помощи. — Москва, 1991 — С. 132-135.
18. Abdelmawla, N. Sudden cardiac death and antipsychotics. Part 1: Risk factors and mechanisms [Text] / N.Abdelmawla, A.J. Mitchell. // Advan. Psychiatr. Treat. — 2006; — №12(1) — P. 35 — 44.
19. . Impact of medical comorbidity on the quality of schizophrenia pharmacotherapy in a national VA sample [Электронный ресурс] / L., R., D. // — 2006 — №. 44(1). — P. 55-61. Режим доступа: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16365613>
20. Nasrallah, H. A. Low rates of treatment for hypertension, dislipidemia and diabetes in schizophrenia: data from CATIE schizophrenia trial sample at baseline [Text] / H.A.Nasrallah at all // Schizophr res. — 2006. — № 86(1-3). — P. 15-22.
21. Llorente, M. Diabetes, Psychiatric Disorders, and the Metabolic Effects of Antipsychotic Medications [Text] / M. D. Llorente, V.Urrutia // Clin. Diabetes. — 2006. — № 24(1). — P. 18 — 24.
22. Rickelman, B.L. Anosognosia in individuals with schizophrenia: toward recovery of insight [Text] / B.L. Rickelman // Ment Health Nurs. — 2004, Apr-May; 25(3). — P. 27-42.
23. Sim, K. Physical comorbidity, insight, quality of life and global functioning in first episode schizophrenia: A 24-month, longitudinal outcome study [Электронный ресурс] / K.Sim et al. // Schizophrenia Research. — 2006. — P. 82-89. Режим доступа: [http://www.schres-journal.com/article/S0920-9964\(06\)00324-0/abstract](http://www.schres-journal.com/article/S0920-9964(06)00324-0/abstract)
24. The Impact of Serious Mental Illness on Health and Healthcare [Электронный ресурс] / M.Viron, T.Stern // Psychosomatics. — 2010. — Режим доступа: <http://psy.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/51/6/458>

#### КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИНДРОМОПЛАСТИЧНОГО ВЛИЯНИЯ СОПУТСТВУЮЩИХ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ФОРМИРОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ШИЗОФРЕНИИ

О. Е.Смашна

Нами было обследовано 155 пациентов, которые страдали на параноидную форму шизофрении и коморбидные заболевания разных систем организма. Целью исследования было определить закономерности синдромообразования при параноидной шизофрении и коморбидной соматической патологии разных систем организма в периоде экзacerbации шизофрении и на этапе формирования ремиссии. Анализировались качественные и количественные характеристики психопатологической симптоматики, тяжесть депрессивных симптомов, оценка качества жизни, и т.д. В процессе исследования определено, что структура синдромогенеза параноидной шизофрении, коморбидной с соматической патологией, носит интеграционный характер и охватывает широкий спектр нарушений аффективной, волевой сферы, когнитивной, перцептивной и социальной деятельности.

**Ключевые слова:** параноидная шизофрения, коморбидность с соматическими заболеваниями, синдромогенез

#### CLINICAL-PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF SYNDROMOPLASTIC INFLUENCE OF CONCOMITANT SOMATIC PATHOLOGIES ON THE FORMING OF CLINICAL PRESENTATION OF SCHIZOPHRENIA

О. Ye.Смашна

155 patients suffered from paranoid form of schizophrenia and comorbid somatic diseases of the different systems of organism were inspected. A research aim was to define conformities to law of syndromoplastic at paranoid schizophrenia and comorbid somatic pathology in the period of exacerbation of schizophrenia and on the stage of forming of remission. Quality and quantitative descriptions of psychopathological symptomatology, depressed symptoms, estimation of quality of life, were analysed. In the process of research certainly, that the structure of syndromogenesis of paranoid schizophrenia, comorbid with somatic pathology, carries integration character and embraces the wide spectrum of violations highly emotional, volitional sphere, cognitive, perceptive and social activity.

**Keywords:** paranoid schizophrenia, comorbidity with somatic pathology, syndromogenesis