

УДК: 616.895.8+616-098-008.6]-036.1-058

*Е.М. Денисов***КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ И КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: метаболический синдром, параноидная шизофрения, клиничко-социальные, клиничко-психопатологические особенности, сахарный диабет, абдоминальное ожирение, артериальная гипертензия

Обращение исследователей к проблемам качества жизни больных параноидной шизофренией (ПШ) привело к расширению рамок традиционного клиничко-психопатологического анализа этого заболевания, выявив при этом ряд актуальных вопросов, характеризующих соматическое здоровье пациентов [9].

Среди причин, которые значительно ограничивают доступ к медицинской помощи больным шизофренией, преобладают социальная изоляция, нейрокогнитивные нарушения, подозрительность, повышенный порог болевой чувствительности в результате приёма психотропных средств, а также стигматизация, безразличие к своему состоянию и ведение вредного для соматического здоровья способа жизни [7,13].

Очень важной является проблема медикаментозного комплаенса у больных шизофренией и коморбидными соматическими заболеваниями. Данные трудности относятся как к психотропному, так и соматотропному лечению, т.к. 30-50% больных с шизофренией и сопутствующей соматической патологией совсем не принимают антипсихотических средств или принимают их в заниженных дозировках, 55% больных нарушают режим приёма препаратов уже через 3 месяца после выписки, а в некоторых случаях медикаментозную терапию трудно назначить в случае соматических противопоказаний, аллергической несовместимости [3,5].

Больные с шизофренией наиболее часто обнаруживают явления патологического поведения при соматическом заболевании, нередко, даже при ургентных состояниях, не предъявляют никаких жалоб или даже отказываются от медицинской помощи [4,5,7]. В литературе часто встречается взаимосвязь между ПШ и анозогнозией [8]. По мнению некоторых исследователей, анозогнозия обусловлена нарушением болевой чувствительности, негативными и когнитивными расстройствами.

В исследованиях последних лет отмечается высокая коморбидность шизофрении и соматических заболеваний, наиболее частыми из которых являются артериальная гипертензия (20%), гиперлипидемия (14%) и сахарный диабет (11%) [11]. При анализе естественных причин смерти больных шизофренией выявляется многократное превышение стандартизованных показателей смертности у больных шизофренией по сравнению общей популяцией: по сердечно-сосудистым заболеваниям (ССЗ) – в 2,3 раза, по сахарному диабету (СД) – в 2,7 раза [12].

Для больных шизофренией проблема метаболического синдрома (МС) особенно актуальна в связи с наличием специфичных для этой группы пациентов факторов риска: влияние психопатологических симптомов, прием антипсихотиков, возможное единство патогенетических механизмов развития расстройства обмена веществ и шизофрении [9].

Обострения шизофрении сопровождаются развитием сдвигов гемодинамики и нейро-эндокринных взаимосвязей, характерными для второй фазы дистресс-синдрома: повышением уровня глюкокортикоидов и АКТГ, повышением плазменных концентраций дофамина и норадреналина [11], транзиторной гипергликемией и атерогенными сдвигами липидного спектра [2], которые в совокупности (как и при дистресс-синдроме любой этиологии) способны запускать основные патогенетические механизмы развития МС.

Наличие у больных шизофренией таких психопатологических нарушений, как бредовые идеи, галлюцинации, тревога, депрессия [16,20], а также значимый стресс [6], могут приводить к развитию МС за счет активации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, что в свою очередь вызывает абдоминальное ожирение (АО), инсулинорезистентность, повышение артериального давления (АД) [1, 16]. В тоже

время негативные расстройства, нарушение социального функционирования способствуют формированию у больных с шизофренией нездорового образа жизни: гиподинамия и абулия, нерациональное питание (преобладание в пище жиров и углеводов, недостаток белка и растительной клетчатки), широкая распространенность вредных привычек (курение, злоупотребление алкоголем) [14, 15], возникновение гипои анозогностического типа отношения к наличию соматической патологии [10].

Возможное единство патогенетических механизмов развития МС и шизофрении свидетельствует о высокой наследственной отягощенности по нарушениям обмена веществ и СД у данных пациентов [15]. В некоторых исследованиях были отмечены обменные нарушения у «первичных» больных, прежде никогда не принимавших антипсихотические препараты [19, 21]. Некоторыми исследователями было выявлено значимое и постоянное снижение уровня аполипопротеина А1 у больных шизофренией, что признаётся одним из наиболее специфичных для шизофрении маркеров [17,18]. Аполипопротеин А1 – ос-

новной белок, входящий в структуру липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), его недостаток обуславливается снижением уровня ЛПВП, что является одним из критериев МС. Однако непосредственные механизмы, которые могут лежать в основе взаимосвязи патогенеза шизофрении и МС, в настоящее время не выявлены.

Приведенные данные свидетельствуют о необходимости изучения МС у больных ПШ, а также выявления факторов, в наибольшей степени связанных с развитием этих нарушений. Изучение распространенности МС, клинико-социальных и клинико-психопатологических особенностей у пациентов с ПШ позволит получить важные сведения для разработки методов предупреждения развития ССЗ и СД, а также преждевременной смертности, расширит научные представления о психосоматических развитиях МС, а также биохимических механизмах патогенеза шизофрении.

На основании этого, целью данной работы явилось изучение клинико-социальных и клинико-психопатологических особенностей у больных ПШ, коморбидной с МС.

Материал и методы исследования

В исследование были включены 85 больных ПШ с различными типами течения, находящиеся на лечении в Областной клинической психиатрической больнице г. Донецка. В соответствии с целью работы, больные были разделены на две группы. В основную группу (ОГ) вошли 45 больных (53,3% мужчин и 46,7% женщин) ПШ с МС. Метаболические расстройства у данной категории больных диагностировали на основании критериев IDF (АОе⁹⁴ см у мужчин и е⁸⁰ см у женщин, повышение уровня триглицеридов более 1,7 ммоль/л, снижение уровня ЛПВП менее 1,03 ммоль/л, повышение уровня глюкозы более 5,6 ммоль/л, повышение систолического АД более 130 мм.рт.ст. и диастолического АД более 85 мм.рт.ст.).

Согласно МКБ – 10 у 38 пациентов (84,4%) был выставлен диагноз ПШ, непрерывное течение (F20.00), у 5 больных (11,2%) – ПШ, эпизодическое течение с нарастающим дефектом, у 2 (4,4%) – ПШ, эпизодическое течение со стабильным дефектом. Средний возраст обследованных составил - 35,2±2,19 лет. Длительность заболевания у данных больных была от 4-х до 29 лет. Средняя продолжительность заболевания – 11,0±0,95 лет. Среднее количество госпитализаций в психиатрический стационар за период

болезни - 7,4±0,4 раз. Средняя длительность госпитализаций (общая длительность госпитализаций/количество госпитализаций – 2,19 месяца.

В контрольную группу (КГ) были включены 40 пациентов (55% мужчин и 45% женщин) с ПШ без проявлений МС. Согласно МКБ – 10 у 35 пациентов (87,5%) отмечалась ПШ с непрерывным течением, у 5 больных (12,5%) – ПШ с эпизодическим течением и нарастающим дефектом. Средний возраст обследованных составил - 33,2±2,11 лет. Средняя продолжительность заболевания – 10,2±0,75 лет. Среднее количество госпитализаций в психиатрический стационар за период болезни - 8,6±0,5 раз. Средняя длительность госпитализаций (общая длительность госпитализаций/количество госпитализаций – 2,01 месяца.

Критерием исключения из исследования было наличие у больных острого психотического состояния, психомоторного возбуждения, суицидального и агрессивного поведения, выраженных негативных и когнитивных нарушений, значимых соматических и неврологических заболеваний, СД 1 и 2 типа, зависимости от алкоголя и психоактивных веществ.

В работе были использованы следующие методы исследования: клинико-социальной, кли-

нико-психопатологический, математико-статистический.

Для оценки клиничко-социальных особенностей у данных больных была разработана унифицированная анкета, учитывающая следующие данные: средний возраст, длительность заболевания, количество госпитализаций в психиатрический стационар за период болезни, средняя длительность госпитализаций, прием традиционных нейролептиков (ТН) или атипичных антипсихотиков (АА) за последний год, средняя суточная доза антипсихотической терапии, длительность лечения за период наблюдения, образовательный уровень и семейное положение, условия проживания больных, вредные привычки, наличие работы и группы инвалидности, признаки сопутствующей соматической патологии.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализируя клиничко-социальные особенности у пациентов в ОГ, необходимо отметить, что высшее образование имели 15 человек (33,3%), не полное высшее – 5 чел. (11,1%), среднее – специальное – 13 чел. (28,8%), среднее – 12 чел. (26,7%). В официальном браке состояло только 8 пациентов (17,7%). Остальные были одиночками (холостые, никогда не вступающие в брак – 34 чел. (75,5%), разведенные – 3 чел. (6,7%). 28% обследованных не имели близких, способных осуществлять за ними уход. При этом жили одни – 20,3% пациентов, проживали с родителями – 51,7%.

Большинство больных (35 чел., 77,8%) не были вовлечены в трудовую деятельность. И только 10 человек (22,2%) имели низко квалифицированную работу. Инвалидность II группы была у 36 пациентов (80%), III группа – у 3 больных (6,7%). 6 человек (13,3%) вообще не имели группы инвалидности.

На протяжении последнего года все больные получали антипсихотическую терапию. Пролонгированные ТН принимали 6 больных (13,3%). Из них 4 человека (66,8%) – галоперидол – деканат по 1 мл – 1 раз в 2-3 недели, 1 чел. (16,6%) – модитен – депо по 1 мл – 1 раз в 3 недели, 1 чел. (16,6%) – флюанскол – депо по 1 мл – 1 раз в 2 недели.

АА получали 39 больных (86,7%). Из них 18 чел. (46,1%) принимали препараты рисперидона (риссет, рисполепт, рисперон, рейриспин, риспаксол) в дозе от 2 мг до 6 мг. Клозапин (азалептин, азалептол, азапин) получали 9 пациентов (23,07%) в дозе от 100 мг до 300 мг. Трое больных (7,69%) принимали сертиндол (сердо-

гии, ведущий психопатологический синдром.

Клиничко-психопатологический метод применялся для квалификации ведущего психопатологического синдрома, оценки его структурных и динамических характеристик. Для оценки наличия и выраженности продуктивных, негативных и общих психопатологических симптомов использовалась шкала PANSS. Определялись и анализировались баллы «позитивной» (P), «негативной» (N) и «общей» (G) субшкал.

Диагностику заболевания проводили согласно диагностических критериев ПШ по МКБ – 10.

Математико-статистический метод включал в себя использование описательной статистики ($M \pm m$), параметрического F -критерия Стьюдента, коэффициента линейной корреляции Спирмана.

лект) в суточной дозе 12 мг. Кветиапин (сероквель) получали 3 пациентов (7,69%) в дозе от 400 мг до 600 мг. Еще трое больных принимали оланзапин (зипрекса) в дозе от 5 мг до 10 мг. Двое пациентов (5,12%) получали амисульприд (солиан) от 400 мг до 600 мг. Один больной (2,56%) принимал палиперидон ОР (инвега) в суточной дозе 6 мг.

Средняя продолжительность антипсихотического лечения – $10,5 \pm 0,75$ лет.

Необходимо отметить, что 32 больных (71,1%, $p < 0,05$) курили сигареты с фильтром (1-2 пачки в день), у 5 пациентов (11,1%) было отмечено эпизодическое употребление крепких спиртных напитков.

Сопутствующая соматическая и неврологическая патология была выявлена у 27 больных (60%, $p < 0,05$) в данной группе. Из них 11 человек (40,7%) имели заболевания желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь желудка и 12-ти перстного кишечника, хронический холецистит, хронический панкреатит, хронический персистирующий гепатит, хронический колит). У 7 пациентов (25,9%) была выявлена микроочаговая неврологическая патология (резидуальная, дисциркуляторная энцефалопатия, последствия перенесенной черепно-мозговой травмы). 6 чел. (22,2%) имели ССЗ (ревматический порок сердца, вегето-сосудистая дистония). Заболевания мочеполовой системы были выявлены у 2 больных (7,4%) (хронический пиелонефрит). Также 2 пациентов (7,4%) имели кожные заболевания (псориаз, нейродерматит).

Клиничко-социальные особенности пациентов КГ показали следующее: высшее образование

имели 10 пациентов (25%), неполное высшее – 3 человек (7,5%), среднее – специальное – 10 человек (25%), среднее – 17 человек (42,5%). Женатых (замужних) было 5 пациентов (12,5%). Большинство больных (82,5%) были холостыми и никогда не были в браке, 2 пациентов (5%) находились в разводе. Подавляющее большинство пациентов (90%) не работали и только 10% имели низко квалифицированную работу. Инвалидность II группы имели 35 человек (87,5%), а 5 пациентов (12,5%) – вообще не имели группу инвалидности.

На момент обследования 75% пациентов в данной группе получали АА и только 25% - ТН. Среди АА 40% пациентов получали препараты клозапина от 100 мг до 400 мг в сутки, 30% принимали рисперидон от 4 мг до 8 мг, 20% человек получали кветиапин в суточной дозе от 300 мг до 600 мг, и только 10% больных принимали

оланзапин в дозе 10 мг в сутки. Из ТН в основном больные принимали галоперидол – деканат по 1 мл – 1 раз в 2-3 недели. Средняя продолжительность антипсихотического лечения – $10,5 \pm 0,75$ лет.

Анализируя данные о наличии вредных привычек, необходимо отметить, что 23 больных (57,5%) курили сигареты с фильтром (1-2 пачки в день), у 3 пациентов (7,5%) было отмечено эпизодическое употребление крепких спиртных напитков. Сопутствующая соматическая и неврологическая патология была отмечена у 13 больных (32,5%). В большинстве случаев (61,5%) у пациентов регистрировались заболевания органов пищеварения.

Клинико-психопатологические особенности у больных в ОГ характеризовались преобладанием аффективно-бредового синдрома (32%) в отличие от пациентов в КГ (17,4% $p < 0,001$) (Табл.1).

Таблица 1

Ведущий психопатологический синдром у пациентов основной и контрольной групп

Синдром	Группа		p
	Основная (n=45) Абс (%)	Контрольная (n=40) Абс (%)	
Галлюцинаторно – параноидный	69 (46%)	217 (62,9%)	<0,001
Аффективно – бредовый	48 (32%)	60 (17,4%)	<0,001
Дефицитарный	33 (22%)	68 (19,7%)	>0,05

В тоже время у больных КГ достоверно чаще наблюдался галлюцинаторно-параноидный синдром (62,9%, $p < 0,001$).

Достоверных различий в распространенности ведущих дефицитарных расстройств у больных выявлено не было ($p > 0,05$).

Аффективно – бредовая симптоматика у больных ПШ с МС в 90% случаев была представлена тревожной депрессией, в 10% - ипохондрической депрессией. В структуре аффективных нарушений наиболее часто (85%) отмечалась тревога, ощущение «внутренней напряженности», сомато – вегетативные расстройства, которые выражались в жалобах на головные боли, снижение аппетита, нарушение сна, повышенную утомляемость. Галлюцинаторно – бредовые переживания у больных шизофренией с МС характеризовались развитием острого галлюцинаторно – параноидного синдрома с преобладанием вербальных галлюцинаций (70%). Бредовая фабула у данных лиц была представлена идеями преследования (40%), воображения с мыслями предвидения, предсказания (40%) и бредовыми идеями отношения (20%). В единичных случаях наблю-

дался синдром Кандинского – Клерамбо с развитием острого псевдогаллюциноза и бредовых идей психического и физического воздействия с идеаторными психическими автоматизмами.

Аффективно – бредовая симптоматика у больных ПШ без признаков МС в 70% случаев была представлена психотической депрессией, в 20% астено – апатической депрессией, 10% - меланхолической депрессией. Клиническая картина галлюцинаторно – бредовых нарушений у данных больных в большинстве случаев (70%) была представлена бредовым вариантом параноидного синдрома с развитием мало систематизированных бредовых идей различной фабулы: идеи отношения (65%), религиозного содержания (20%), преследования (15%). Галлюцинаторные расстройства были лишены яркости, очерченности, носили фрагментарный характер.

Результаты сравнительной оценки показателей выраженности позитивной, негативной и общей психопатологической симптоматики у больных основной и контрольной групп при помощи шкалы PANSS показали следующее (Табл.2)

Выраженность позитивных, негативных и общих психопатологических симптомов у больных основной и контрольной групп по данным шкалы PANSS

Симптомы	Группа		p
	Основная	Контрольная	
Бредовые идеи (P1)	4,06±0,11	3,85±0,17	<i>p</i> <0,05
Дезорганизация мышления (P2)	3,87±0,20	3,74±0,15	<i>p</i> >0,05
Галлюцинаторное поведение (P3)	4,03±0,18	3,15±0,06	<i>p</i> <0,05
Возбуждение (P4)	2,01±0,10	2,00±0,09	<i>p</i> >0,05
Идеи величия (P5)	3,04±0,21	3,07±0,07	<i>p</i> >0,05
Подозрительность (P6)	4,10±0,28	3,96±0,19	<i>p</i> <0,05
Враждебность (P7)	1,87±0,15	1,91±0,06	<i>p</i> >0,05
<i>Средняя суммарная оценка позитивной субшкалы (P1-P7)</i>	22,98±1,42	21,68±1,31	<i>p</i> <0,05
Уплотнение аффекта (N1)	3,56±0,29	3,25±0,24	<i>p</i> <0,05
Эмоциональная отгороженность (N2)	2,96±0,30	2,81±0,26	<i>p</i> >0,05
Трудность в общении (N3)	2,87±0,27	3,00±0,10	<i>p</i> >0,05
Апатическая социальная отгороженность (N4)	3,40±0,25	3,17±0,20	<i>p</i> <0,05
Затруднение абстрактного мышления (N5)	2,99±0,22	3,03±0,24	<i>p</i> >0,05
Отсутствие спонтанной речи (N6)	2,70±0,17	2,82±0,21	<i>p</i> >0,05
Стереотипность мышления (N7)	2,86±0,32	2,94±0,28	<i>p</i> >0,05
<i>Средняя суммарная оценка негативной субшкалы (N1-N7)</i>	21,34±1,13	21,02±1,02	<i>p</i> <0,05
Соматическая озабоченность (G1)	4,00±0,07	2,23±0,05	<i>p</i> <0,001
Тревога (G2)	3,35±0,23	3,03±0,10	<i>p</i> <0,05
Ощущение вины (G3)	3,15±0,28	2,63±0,06	<i>p</i> <0,05
Напряжение (G4)	3,35±0,21	3,04±0,13	<i>p</i> <0,05
Наличие манерности и склонность к позерству (G5)	2,56±0,10	2,52±0,09	<i>p</i> >0,05
Депрессия (G6)	3,45±0,24	3,04±0,19	<i>p</i> <0,05
Двигательная заторможенность (G7)	3,13±0,20	3,20±0,17	<i>p</i> >0,05
Активное избегание контактов с окружающими (G8)	2,62±0,29	2,74±0,23	<i>p</i> >0,05
Наличие причудливых мыслей (G9)	3,85±0,12	3,93±0,18	<i>p</i> >0,05
Дезориентация (G10)	1,25±0,03	1,29±0,06	<i>p</i> >0,05
Недостаточная концентрация внимания (G11)	3,54±0,27	3,82±0,20	<i>p</i> >0,05
Отсутствие осознания заболевания (G12)	3,02±0,23	3,21±0,04	<i>p</i> >0,05
Волевые нарушения (G13)	3,45±0,12	3,63±0,10	<i>p</i> >0,05
Импульсивность (G14)	2,18±0,11	2,23±0,08	<i>p</i> >0,05
Отрешенность от реальности (G15)	2,95±0,16	3,01±0,20	<i>p</i> >0,05
Активный социальный уход (G16)	3,15±0,26	3,24±0,10	<i>p</i> <0,05
<i>Средняя суммарная оценка общей психопатологической субшкалы (G1-G16)</i>	48,94±2,12	41,23±2,01	<i>p</i> <0,05

У пациентов ОГ отмечалась достоверно более высокая суммарная оценка по продуктивным ($22,98 \pm 1,42$), негативным ($21,34 \pm 1,13$) и общим психопатологическим симптомам ($48,94 \pm 2,12$) по шкале PANSS в отличие от пациентов КГ ($21,68 \pm 1,31$, $p < 0,05$ (для позитивной субшкалы), $21,02 \pm 1,02$, $p < 0,05$ (для негативной субшкалы) и $41,23 \pm 2,01$, $p < 0,05$ (для общей психопатологической субшкалы)).

Необходимо отметить, что у пациентов с шизофренией и МС среди продуктивных нарушений наиболее выраженными были бредовые идеи ($4,06 \pm 0,11$, $p < 0,05$), галлюцинации ($4,03 \pm 0,18$, $p < 0,05$), подозрительность ($4,10 \pm 0,28$, $p < 0,05$). Среди дефицитарных расстройств у пациентов ОГ достоверно более высокая оценка была в пунктах «эмоциональное уплощение» ($3,56 \pm 0,29$, $p < 0,05$) и «апатическая социальная отгороженность» ($3,40 \pm 0,25$, $p < 0,05$). Наиболее выраженными у больных шизофренией с метаболическими нарушениями были общие психопатологические симптомы. Среди них наиболее значимыми были соматическая озабоченность ($4,00 \pm 0,07$, $p < 0,001$), тревога ($3,35 \pm 0,23$, $p < 0,05$), ощущение вины ($3,15 \pm 0,28$, $p < 0,05$), напряжение ($3,35 \pm 0,21$, $p < 0,05$) и депрессия ($3,45 \pm 0,24$, $p < 0,05$).

В тоже время данные больные испытывали отчётливые опасения и беспокойство по поводу своего соматического состояния, высказывали жалобы на «неприятные ощущения» или боль в области сердца, головную боль, трудности при выполнении физической нагрузки, повышенную утомляемость. Частой жалобой таких пациентов

было повышение массы тела, увеличение объёма талии, повышенный аппетит и потоотделение, сухость во рту, нарушение менструального цикла и галакторрея у женщин.

Таким образом, проведенное исследование показывает, что среди клиничко-социальных факторов риска развития метаболического синдрома у больных шизофренией преобладают высокая частота курения, приёма атипичных антипсихотиков второго поколения (особенно ризперидона и клозапина), наличие сопутствующей соматической патологии. Клинические проявления параноидной шизофрении, коморбидной с метаболическим синдромом, характеризуются большей остротой состояния (достоверно большей частотой ведущей галлюцинаторно-параноидной и аффективно-бредовой симптоматики) и более высокими значениями общего балла субшкал позитивных симптомов (бредовые идеи, галлюцинации, подозрительность), негативных симптомов (эмоциональное уплощение, апатическая социальная отгороженность) и общих психопатологических нарушений (соматическая озабоченность, тревога, ощущение вины, напряжение, депрессия).

Используя полученные данные, можно рекомендовать меры первичной и вторичной профилактики метаболического синдрома у больных шизофренией, т.е. меры, направленные на уменьшение воздействия факторов риска обменных нарушений на больных с параноидной шизофренией, и меры своевременного выявления пациентов с метаболическими нарушениями.

Є.М. Денисов

КЛІНІКО-СОЦІАЛЬНІ ТА КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

У дослідження було включено 85 хворих на параноїдну шизофренію. Залежно від мети роботи хворі були розподілені на дві групи. До основної групи увійшли 45 хворих на шизофренію з метаболічним синдромом. У контрольну групу – 40 пацієнтів на шизофренію без метаболічних порушень. Були використані клініко-соціальний, клініко-психопатологічний, математико-статистичний методи дослідження. Чинником розвитку метаболічного синдрому у хворих на шизофренію є висока частота куріння, прийом атипичних антипсихотиків, наявність супутньої соматичної патології. Клінічна картина даних хворих характеризується галюцинаторно-параноїдним та афективно-маячним синдромом з переважанням тривожно-депресивних симптомів. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 2 (29). — С. 76-82).

CLINICAL-SOCIAL AND CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL FEATURES THE PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA WITH METABOLIC SYNDROME

Donetsk National Medical University named after M. Gorkiy

It was included 85 patients with paranoid schizophrenia. Depending on the purpose of this work patients parted on two groups. In a basic group was entered 45 patients with schizophrenia with a metabolic syndrome. In a control group was entered 40 patients with schizophrenia without metabolic violations. Were used clinical-social, clinical - psychopathological and mathematic research methods. By the factor of risk of development metabolic syndrome for patients with schizophrenia is high-frequency of smoking, take of atypical antipsychotics, concomitant somatic pathology. The clinical picture of this patients is characterized a hallucination and delusions, affective, anxiety, depressive symptoms. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 2 (29). — P. 76-82).

Литература

1. Васюк Ю.А. Особенности патогенетической взаимосвязи депрессии и сердечно-сосудистых заболеваний / Ю.А.Васюк, Т.В.Довженко, Е.Л.Школьник // Псих, расс-ва в общей медицине. - 2007. - Т. №1.-С. 14-19.
2. Волков В.П. Соматическая патология и причины смерти при шизофрении / В.П.Волков // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. - 2009. - № 5. - С. 14-19.
3. Дробижев М.Ю. Нозогении (психогенные реакции) у больных соматической патологией: автореф.дис. ... д-ра мед.наук: 14.01.06. // Дробижев Юрий Михайлович; - НИЦПС РАМН. - М., 2000. - 54 с.
4. Козерацька О.А. Порушення самосвідомості у хворих на шизофренію (судово-психіатричний аспект): автореф.дис. ... д-ра мед.наук: 14.01.06. // Козерацька Олена Андріївна; Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології. - К., 2006. - 52с.
5. Лебедева В.Ф. Психические расстройства при соматических заболеваниях (эпидемиологический, клинический, реабилитационный аспект): автореф.дис. ... д-ра мед.наук: 14.01.06. // Лебедева Валентина Фёдоровна; «Научный центр психического здоровья РАМН» (Москва). - Томск, 2007. - 46 с.
6. Мазо Г.Э. Влияние депрессии на течение шизофрении / Г.Э.Мазо // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2006. - Т. 8. - № 3. - С. 22-24.
7. Манухина Н.М. Системная семейная психотерапия больных соматических в период их госпитализации / Н.М. Манухина // Семейная психология и семейная терапия. - 2000. - №2. - С.15-20.
8. Медведев С.Э. Аналитико-системная семейная психотерапия при параноидной шизофрении / С.Э. Медведев // Психотерапия. - 2010. - №9. - С.23-28.
9. Незнанов Н.Г. Частота и характер метаболических нарушений у больных шизофренией /И.А. Мартынихин, Н.А. Соколян // Обзорные психиатрии и мед.психологии им. В.М. Бехтерева. - 2009. - №2. - С.17-20.
10. Незнанов Н.Г. Влияние ишемической болезни сердца на проявления, течение, терапию психических заболеваний: автореф.дис. ... канд. мед. наук / Незнанов Н.Г.; Л.: Ленингр. научн.-исслед.психоневрологический инст. им. В.М.Бехтерева. - Л., 1985. - 25 с.
11. Подвигин С.Н. Клинические и терапевтические факторы риска метаболического синдрома у больных параноидной шизофренией / С.Н.Подвигин, О.Ю.Ширяев // Психическое Здоровье. - 2010. - № 9. - С. 23-26.
12. Подвигин С.Н. Значение психосоматических аспектов в свете современных представлений об этиологии и патогенезе шизофрении / С.Н.Подвигин, Д.Л.Шаповалов, А.И.Митрашин // Актуальные вопросы психиатрии, наркологии, психотерапии и медицинской психологии : материалы 11 межрегиональной науч.-практ. конф. - Воронеж, 2010. - С. 202-217.
13. Смулевич А.Б. Шизофрения и расстройства шизофренического спектра в соматическом стационаре / А.Б. Смулевич, М.А. Дробижев, С.А. Иванов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2002.-№7.-С.9-13.
14. Brown S. Causes of the excess mortality of schizophrenia / S.Brown, V.Barraclough, H.Inskip // British Journal of Psychiatry. - 2000. - Vol.177.-P. 212-217.
15. Bushe C. Prevalence of diabetes and impaired glucose tolerance in patients with schizophrenia / C.Bushe, R.Holt // British Journal of Psychiatry. - 2004. - Vol. 184., suppl. 47. - P. 67-71.
16. Dinan T. Stress in genesis diabetes mellitus in patient with schizophrenia: analysis / T.Dinan // British Journal of Psychiatry. - 2004. - Vol. 184, suppl. 47. - P. 72-75.
17. Huang J. Independent protein-profiling studies show a decrease in -apolipoprotein AI levels in schizophrenia CSF, brain and peripheral tissues / J.Huang, L.Wang, S.Prabakaran, M.Wengenroth et al. // Molecular Psychiatry. - 2008. - Vol. 13 - № 12. - P. 1118-1128.
18. La Y.J. Decreased levels of apolipoprotein A-I in plasma of schizophrenic patients / Y.J.La, C.L.Wan, H.Zhu, Y.F.Yang et al. // Journal of Neural Transmission. - 2007. - Vol. 114, № 5. - P. 657-663.
19. Ryan M. Impaired fasting glucose tolerance in first-episode, drug I patients with schizophrenia / M.Ryan, P.Collins, J.H.Thakore / American Journal of Psychiatry. - 2003. - Vol. 160. - P. 284-289.
20. Sands J.R. Depression during the longitudinal course of schizophrenia / J.R.Sands, M.Harrow M // Schizophrenia Bulletin. - 1999. - Vol. 25 (1). - P. 157-172.
21. Thakore J.Hi Increased visceral fat distribution in drug-I and drug-free patients with schizophrenia / J.H.Thakore; J.Vlahoos, A.Martin // International Journal of Obesity Related Metabolic Disorders. - 2002. - Vol. 26.-P.137-141.

Поступила в редакцию 27.06.2012