

Є. В. Опря, М. М. Пустовойт

**МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ТА ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД
В ЛІКУВАННІ ПСИХОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ З КОМОРБІДНИМИ СОМАТИЧНИМИ СТАНАМИ**

Е. В. Опря, М. М. Пустовойт

**Мультидисциплинарный и дифференцированный подход
в лечении психотических расстройств с коморбидными соматическими состояниями**

Ye. V. Oprya, M. M. Pustovoi

**Multidisciplinary and differentiated approach
in the treatment of psychotic disorders with comorbid somatic states**

В роботі наведено результати комплексного клініко-психопатологічного дослідження особливостей клінічних проявів у психотичних хворих на шизофренію з соматичними розладами. Доведено, що соматичні розлади при шизофренії асоційовані з негативним клініко-психопатологічним та соціально-особистісним прогнозом, зумовлюючи заглиблення психопатологічної симптоматики та зниження рівня соціально-психологічного функціонування. Виявлені особливості клінічного перебігу стали провідними ознаками-мішенями, розроблена та впроваджена в практику система мультидисциплінарного та диференційованого підходу в комплексній терапії хворих з урахуванням соматичної коморбідності.

Запропонована система становить комплекс заходів, який поєднує фармакотерапевтичні, психоосвітні, психотерапевтичні та психосоціальні заходи, підібрані з врахуванням специфіки психопатологічного процесу, що модифікований соматичною патологією. За результатами апробації доведена її ефективність, та встановлено, що її використання дає змогу істотно поліпшити стан пацієнтів та рівень їх соціально-психологічного функціонування, підвищити стійкість ремісій та скоротити кількість госпіталізацій.

Ключові слова: шизофренія, соматичні розлади, диференційований підхід, мультидисциплінарність, комплексна система лікування

В работе приведены результаты комплексного клинико-психопатологического исследования особенностей клинических проявлений у психотических больных шизофренией с соматическими расстройствами. Доказано, что расстройства при шизофрении ассоциированы с отрицательным клинико-психопатологическим и социально-личностным прогнозом, обуславливая углубление психопатологической симптоматики и снижение уровня социально-психологического функционирования. Выявленные особенности клинического течения стали ведущими признаками-мишенями, разработана и внедрена в практику система мультидисциплинарного и дифференцированного подхода в комплексной терапии больных с учетом соматической коморбидности.

Предложенная система представляет собой комплекс мероприятий, включающий сочетание фармакотерапевтических, психообразовательных, психотерапевтических и психосоциальных мероприятий, подобранных с учетом специфики психопатологического процесса, модифицированного соматической патологией. По результатам апробации доказана ее эффективность, и установлено, что ее использование позволяет значительно улучшить состояние пациентов и уровень их социально-психологического функционирования, повысить устойчивость ремиссий и сократить количество госпитализаций.

Ключевые слова: шизофрения, расстройства, дифференцированный подход, мультидисциплинарность, комплексная система лечения

The article presents the results of a comprehensive clinical and psychopathological study of the features of clinical manifestations of psychotic patients with schizophrenia with somatic disorders. It has been proven that disorders in schizophrenia are associated with a negative clinical-psychopathological and socio-personal prognosis, leading to increase of severity of psychopathological symptoms and a decrease in the level of socio-psychological functioning. The identified features of the clinical course have become the leading target features, a system of multidisciplinary and differentiated approach in the complex therapy of patients taking into account somatic comorbidity has been developed and implemented in practice.

The proposed system is a set of activities, including a combination of pharmacotherapeutic, psychoeducational, psychotherapeutic and psychosocial activities, selected taking into account the specifics of the psychopathological process modified by somatic pathology. According to the results of testing, its effectiveness has been proven, and it has been established that its use can significantly improve the condition of patients and their level of socio-psychological functioning, increase the stability of remission and reduce the number of hospitalizations.

Key words: schizophrenia, disorders, differentiated approach, multidisciplinary, complex treatment system

Згідно з даними ВООЗ, шизофренія є важким психічним порушенням, яким в усьому світі страждають понад 20 мільйонів чоловік [1]. Це захворювання асоціюється зі значним порушенням працездатності і може позначатися на навчанні та професійній діяльності. Через те, що згідно з даними сучасних досліджень психічні розлади та хвороби залежності, і зокрема шизофренія і розлади шизофренічного спектра, асоційовані з високою частотою супутніх соматичних захворювань, рівень яких набагато вище, ніж в популяції загалом, у осіб з шизофренією ймовірність рано померти в 2—3 рази вища, ніж у населен-

ня загалом. Здебільшого це пов'язано з соматичними захворюваннями, як-от серцево-судинними, обміну речовин і інфекційними хворобами [2].

Згідно з наявною інформацією, понад 69 % осіб з шизофренією не отримують належної допомоги. Дев'яносто відсотків осіб з нелікованою шизофренією проживають в країнах, що розвиваються, і важливою проблемою є відсутність доступу до психіатричного обслуговування. А самі хворі на шизофренію з меншою ймовірністю звертаються по допомогу, ніж населення загалом [3].

Поєднання шизофренії з соматичною патологією зумовлює серйозні проблеми в наданні медичної допомоги цьому контингенту пацієнтів, що визнача-

ються організаційними, медико-біологічними, соціо-психологічними та економічними питаннями [4—6].

Недостатня інтеграція загальносоматичного та психіатричного медичного обслуговування призводить до того, що один із коморбідних станів (психічний або соматичний) залишається поза увагою спеціалістів, своєчасно не діагностується та не лікується, що веде до його хроніфікації, резистентності та важких медико-соціальних наслідків [7, 8]. Організаційний аспект передбачає потребу адаптувати послуги охорони здоров'я до забезпечення комплексної допомоги при коморбідних розладах, тобто мова йде про створення інтегрованої психіатричної та соматичної медичної допомоги, що потребує проведення відповідної структурної реформи охорони здоров'я. Для вирішення цього питання пропонується декілька моделей інтегрованої допомоги: організація амбулаторних установ, в яких працюють профільні фахівці-психіатри та сімейний лікар; модель колаборативної допомоги, основою якої є багатопрофільний підхід, структуроване управління, планове подальше спостереження за пацієнтами і високий рівень міжпрофесійної комунікації; як ще одна модель запропонована локалізація різних служб в одному місці або бригадне ведення хворих в позалікарняних умовах.

З метою своєчасного виявлення соматичних захворювань у хворих на шизофренію Європейська психіатрична асоціація рекомендує щороку проводити скринінг пацієнтів з шизофренією на наявність факторів ризику серцево-судинних захворювань (ССЗ), цукрового діабету (ЦД) та ожиріння, а також вживати відповідні заходи щодо профілактики цих захворювань [9].

Відповідно до сучасних стандартів надання психіатричної допомоги, завданнями терапії хворих на шизофренію є не тільки ліквідація психотичної симптоматики, але і забезпечення соціальної адаптації, підвищення якості життя хворих [10]. Тому терапія хворих на шизофренію має бути комплексною та охоплювати фармакологічні, психоосвітні, психотерапевтичні та психосоціальні заходи.

Оптимізація лікування пацієнтів з шизофренією, що коморбідна з соматичними захворюваннями, полягає не тільки в досягненні поліпшення стану та редукції психопатологічної симптоматики, а і в мінімізації побічних проявів і ризику ускладнень соматичної обтяженості, що пов'язано з потребою одночасного призначення психо- та соматотропного лікування з урахуванням особливостей їх фармакокінетичної взаємодії [11].

У сучасних працях, присвячених питанням терапії шизофренії з коморбідними соматичними захворюваннями, зазначається, що призначаючи фармакотерапію, слід зважати синдромопластичний вплив коморбідних соматичних захворювань на клінічну картину шизофренії. Призначення психотропних засобів має бути диференційованим, з урахуванням спектра їх психо- та соматотропної активності [12—14].

Згідно з результатами сучасних наукових досліджень, що зазначають наявність патопластичного впливу соматичної патології на клініку шизофренії, визначено такі рекомендації щодо призначення антипсихотичної терапії шизофренії при її поєднанні з соматичними розладами: 1) пріоритетність монотерапії; 2) призначення малих та середніх терапевтичних доз; 3) поступове збільшення добової терапевтичної дози препаратів для мінімізації побічних проявів та встановлення індивідуальної переносимості; 4) врахування можливості та характеру взаємодії психотропних засобів з соматотропними препаратами, підбір адекватних доз препаратів, а якщо є потреба — заміна препаратів або призначення на фоні мінімальних доз антипсихотиків ад'ювантних засобів; 5) надання переваги медикаментам, які не лише не порушують функцій внутрішніх органів, але і мають сприятливі соматотропні ефекти. Наприклад, серед атипичних антипсихотиків, що не зумовлюють негативного впливу на функції серцево-судинної системи, вирізняють кветіапін, оланзапін, рисперидон, тоді як застосування інших (зіпразидон, сертиндол) може супроводжуватись потенційно небезпечними кардіотропними ефектами.

За даними клінічних досліджень наведено вплив антипсихотичних засобів на метаболічні порушення (за спаданням). Поширеність ЦД (та високий рівень глюкози натще): клозапін — оланзапін — традиційні антипсихотики — рисперидон — зіпразидон та не впливає — арипіпразол. Високий рівень загального холестерину сироватки крові: клозапін — традиційні антипсихотики — оланзапін — рисперидон. Високий рівень тригліцеридів сироватки крові: клозапін — оланзапін — традиційні антипсихотики — рисперидон. Високий індекс маси тіла (Body mass index, BMI): оланзапін — клозапін — рисперидон — традиційні антипсихотики, майже не впливають на цей показник зіпразидон і арипіпразол. Алгоритм призначення та проведення антипсихотичної терапії в умовах коморбідної соматичної патології потребує врахування профілю побічних дій, характерних для кожного з атипичних антипсихотиків.

Зазначається, що психопатологічні синдроми, які становлять клінічну картину шизофренії при супутніх соматичних захворюваннях різних систем організму, потребують комбінованого застосування антипсихотиків з іншими групами психотропних засобів (анкіолітики, антидепресанти, нормотиміки) [5].

Дієта, фізична активність і поведінкова терапія визнані основними засобами боротьби зі збільшенням маси тіла. Метаболічні порушення можуть бути мінімізовані оптимізацією терапевтичної стратегії, що включає підбір препарату, повільну титрацію або зниження дози. З огляду на негативні побічні ефекти антипсихотичної терапії, хворим, які приймають антипсихотики, особливу увагу рекомендовано приділяти моніторингу соматичного стану, включно з моніторингом артеріального тиску (АТ), маси тіла, окружності талії, електрокардіограми (ЕКГ), визначення ліпідного профілю і рівня глюкози в кро-

ві; спеціальному (цільовому) опитуванню хворих та їхніх родичів про соматичні симптоми та ймовірні побічні ефекти психотропних препаратів.

Разом з фармакотерапією в реабілітації хворих на шизофренію рекомендовано проводити активну психотерапію, спрямовану на відновлення соціального функціонування пацієнта в побуті, сім'ї, на роботі (когнітивно-поведінкову психотерапію, комунікативні тренінги, сімейну терапію тощо). Одним із обов'язкових та перспективних методів, спрямованих на соціо-психологічну реабілітацію хворих на шизофренію, визнається психоосвіта. Психоосвіта як основний механізм допомоги передбачає інформування пацієнта та членів сім'ї щодо особливостей його стану здоров'я (надання інформації стосовно особливостей, специфіки, проявів та лікування психічного та соматичного захворювань), а також навчання засобам та формування навичок щодо розпізнавання та подолання ознак погіршення психічного та соматичного станів.

Психотерапевтична робота з хворими на шизофренію з коморбідними соматичними станами спрямована на формування більш адекватної позиції пацієнта до захворювання за допомогою проведення когнітивно-поведінкової психотерапії (КПТ), орієнтованої на формування позиції співучасті в процесі лікування, самостійних дій щодо обмеження навантаження, приймання ліків, дієти і под.

Системно орієнтовані підходи акцентують увагу на оптимізації сімейного функціонування, що сприяє усуненню передумов розвитку патогенних паттернів комунікації, знижуючи рівень емоційної напруги в сім'ї, а також ймовірність рецидивування процесу і регоспіталізації пацієнтів.

Визначається також ефективність групових форм роботи, що дають змогу підвищити рівень соціально-психологічної адаптації хворих. Формат групової роботи надає хворим можливість спілкування, співпраці, опрацювання проблем міжособової взаємодії та отримання підтримки в дослідженні та лікуванні захворювань.

Отже, розглянувши основні підходи та рекомендації щодо терапії шизофренії загалом та враховуючи варіанти її соматичної коморбідності, можна визначити, що питання терапії шизофренії є доволі складним, по-перше, через інтеркурентність соматичних та психопатологічних проявів: їхній взаємовплив, нашаровування, нівелювання або, навпаки, посилення симптомів; по-друге, через потребу врахування особливостей фармакологічної дії психотропних та соматотропних препаратів при їх одночасному використанні, можливі побічні ефекти та ускладнення; по-третє, через особливості психопатологічного процесу, що зумовлює специфіку сприйняття соматичної та психічної хвороби, поведінку хворого в процесі лікування; та потребує розроблення комплексних програм диференційованого підходу в терапії хворих на шизофренію з урахуванням соматичної коморбідності та означених вище факторів.

Відповідно до мети та завдань дослідження було сформовано три основні та одну контрольну групи

дослідження. Основні групи охоплювали 136 хворих на шизофренію, що поєднувалась з соматичними захворюваннями.

Першу основну групу дослідження становили 50 хворих на шизофренію з хронічними ССЗ, що на момент дослідження були компенсовані. Пацієнтів з постінсультними та постінфарктними станами в дослідження не залучали.

Другу основну групу дослідження становили 42 хворих на шизофренію з цукровим діабетом 2-го типу (ЦД 2) без ознак ожиріння ($BMI < 30$).

Третю основну групу дослідження становили 44 хворих на шизофренію з діагнозом ожиріння (за умов, що $BMI \geq 30$).

Контрольна група була сформована з хворих на шизофренію без хронічних соматичних розладів та налічувала 50 осіб.

Як інструментарій дослідження застосовували такі методи: клініко-психопатологічний, психометричний, психодіагностичний та клініко-статистичний.

За результатами лінійного регресійного аналізу отриманих даних було доведено, що коморбідні соматичні захворювання впливають на клініко-психопатологічні та соціально-особистісні характеристики хворих на шизофренію та визначають прогноз психопатологічного процесу.

Наприклад, наявне ССЗ зумовлює високий рівень депресивної симптоматики ($R^2 = 0,76$, $\beta = 1,73$), тривожності ($R^2 = 0,69$, $\beta = 1,62$), іпохондризації ($R^2 = 0,65$, $\beta = 1,59$) та зниження загального рівня якості життя ($R^2 = 0,71$, $\beta = -9,65$) хворих на шизофренію (де R^2 — коефіцієнт детермінації, β — міра ефекту впливу).

Коморбідність шизофренії та ЦД 2 впливає на збільшення рівня психопатологічної симптоматики, зокрема депресії ($R^2 = 0,62$, $\beta = 1,53$), збудження ($R^2 = 0,68$, $\beta = 1,60$), іпохондризації ($R^2 = 0,56$, $\beta = 1,49$) та ускладнює соціально-особистісне функціонування в сфері соціальних відносин ($R^2 = 0,64$, $\beta = 1,36$), а також знижує рівень якості життя, зокрема за станом здоров'я ($R^2 = 0,70$, $\beta = -1,49$).

Ожиріння як коморбідна патологія зумовлює збільшення рівня негативної симптоматики ($R^2 = 0,73$, $\beta = 2,19$), депресії ($R^2 = 0,67$, $\beta = 1,55$), відхід від соціальних контактів ($R^2 = 0,64$, $\beta = 1,18$) та істотно погіршує соціальний прогноз, ускладнюючи соціально-особистісне функціонування ($R^2 = 0,68$, $\beta = 10,65$), знижуючи якість життя ($R^2 = 0,73$, $\beta = -11,2$) та комплаєнс ($R^2 = 0,70$, $\beta = -13,2$) хворих на шизофренію.

Загалом отримані результати свідчать про те, що соматичні розлади при шизофренії асоційовані з негативним клініко-психопатологічним та соціально-особистісним прогнозом, зумовлюючи заглиблення психопатологічної симптоматики та зниження рівня соціально-психологічного функціонування. Особливо небезпечним стосовно прогнозу є ожиріння, що асоційоване з найбільшою кількістю негативних наслідків.

На ґрунті результатів комплексного клініко-психопатологічного дослідження особливостей клінічних проявів, усвідомлення, сприйняття та ставлення

до психічної та соматичної хвороби, а також особливостей соціально-особистісного функціонування та якості життя хворих на шизофренію з соматичними розладами, що стали провідними ознаками-мішенями, розроблена та впроваджена в практику система диференційованого підходу в комплексній терапії хворих з урахуванням соматичної коморбідності.

Запропонована система становить комплекс заходів, який охоплює поєднання фармакотерапевтичних, психоосвітніх, психотерапевтичних та психосоціальних заходів, підібраних з урахуванням специфіки психопатологічного процесу, що модифікований соматичною патологією. Ключовим моментом реалізації цього комплексу заходів є міждисциплінарний підхід з його ефектом синергії — злагодженої роботи, де кожен член команди, завдяки взаємодії з колегами, підвищує ефективність своєї допомоги. У рамках мультидисциплінарного підходу стає можливим підбір конгруентних реабілітаційних і психоосвітніх методик із урахуванням клініко-психопатологічного наповнення досліджуваної нозологічної форми.

Основними напрямками розробленої системи терапії та реабілітації є: 1) редукція психотичної симптоматики та стабілізація психічного стану хворого з урахуванням особливостей соматичного стану (психотропна терапія); 2) лікування та профілактика соматичного захворювання (соматотропна терапія); 3) формування усвідомлення пацієнтом наявності у нього психічної та соматичної хвороби, водночас з чітким розумінням проявів, симптомів та механізмів розвитку кожної; 4) формування у пацієнта навичок контролю соматичного стану (контроль соматичних симптомів); 5) формування у пацієнта навичок контролю свого психічного стану (контроль психопатологічних проявів); 6) формування у пацієнта та його оточення навичок щодо контролю стресу для запобігання провокацій рецидивів психопатологічної симптоматики; 7) корекція образу життя пацієнтів з врахуванням специфіки соматичної коморбідності; 8) підвищення соціальної компетентності та автономності пацієнтів.

Реалізація запропонованої системи комплексної терапії та реабілітації здійснюється поетапно, охоплює такі етапи: I етап — терапія гострої фази; II етап — стабілізаційна фаза; та III етап — підтримувальна фаза.

На кожному з етапів означені заходи мали свою специфіку та відрізнялися змістовно.

I етап базувався на реалізації таких заходів:

- фармакотерапія (підбір та корекція призначення психотропних та соматотропних засобів);
- психоосвіта (індивідуальна, сімейна);
- поведінкова психотерапія (моніторинг психологічних та соматичних симптомів);
- сімейна психотерапія (взаємодія з членом сім'ї, який має психічний розлад).

Тривалість I етапу — 3—4 тижні.

II етап реалізували за допомогою таких заходів:

- фармакотерапія (стабілізаційна);

- психоосвіта (групова);

- психотерапія індивідуальна та групова: поведінкова, когнітивно-поведінкова та сімейна (контроль психологічних, соматичних симптомів та стресу; корекція способу життя).

Тривалість II етапу — 8—12 тижнів.

В межах заходів III етапу проводили:

- фармакотерапію (підтримувальну);
- психосоціальну реабілітацію (тренінги комунікацій, взаємопідтримки та взаємодопомоги);
- арт-терапію.

Тривалість III етапу визначається перебігом захворювання (16—48 тижнів).

Спираючись на отримані в процесі дослідження особливості проявів психопатологічного процесу у хворих на шизофренію з соматичними розладами та враховуючи специфіку коморбідної патології, запропоновані такі схеми фармакотерапії.

Хворим на шизофренію з ССЗ, з огляду на наявність в структурі психозу депресивної та тривожної симптоматики та нагальну потребу забезпечення мінімального кардіометаболічного ризику, призначали антипсихотики поєднаної дії (кветіапін, оланзапін, арипіпразол, амисульприд та рисперидон); антидепресанти (сертралін, агомелатин) та анксиолітики (діазепам).

Хворим на шизофренію з ЦД 2, враховуючи вираженість в структурі психозу депресивної симптоматики, наявні дисфоричні розлади та потребу мінімізації впливу препарату на ендокринно-метаболічні механізми цукрового діабету, на фоні антидіабетичної терапії призначали антипсихотики (зипразидон, арипіпразол та амисульприд), антидепресанти (тразодон, докsepін, міансерин) та транквілізатори (феназепам та діазепам).

Хворим на шизофренію з ожирінням, враховуючи переважання в клінічній картині негативної симптоматики, наявні депресивні симптоми та дисфоричні розлади, а також важливість мінімального фармакогенного впливу препарату на збільшення маси тіла та інші метаболічні порушення, призначали: антипсихотики (арипіпразол) та антидепресанти (флуоксетин та бупропіон).

Психоосвіту і психотерапію використовували інтегративно, проводили в двох формах: індивідуальній та груповій, впливи були орієнтовані як на пацієнта, так і на його оточення (сім'ю), спрямовувалися на усвідомлення пацієнтом та членами його сім'ї наявності у нього психічної та соматичної хвороби одночасно, з чітким розумінням проявів, симптомів, механізмів розвитку кожної та можливості контролю їх симптомів.

Сімейну психотерапію використовували для оптимізації сімейних стосунків, сімейного функціонування пацієнта та сімейних комунікацій в умовах патогенного впливу хвороби.

Тренінги комунікацій сприяли поліпшенню взаємодії учасників та надавали можливість розширення сфери контактів, безпечної соціальної взаємодії, опрацювання комунікативних навичок

та забезпечували психосоціальну підтримку і соціально-психологічну адаптацію хворих.

За результатами оцінки шкалою CGI-I у хворих, що підлягали терапії та реабілітації в межах розробленої програми, у 38,6 % зареєстровано значне поліпшення стану, у 54,39 % — поліпшення стану, у 7,02 % — мінімальне поліпшення стану. В групі хворих, яких лікували за традиційними принципами, значне поліпшення отримано у 24,53 % ($p \leq 0,05$), поліпшення — у 56,6 %, мінімальне поліпшення у 18,87 % ($p < 0,05$).

За даними катамнестичного дослідження отримано, що термін ремісії у хворих, які пройшли лікування за розробленою програмою реабілітації, був значно вищим і становив ($10,46 \pm 0,88$ місяців), порівняно з контрольною групою ($6,14 \pm 0,79$ місяців), при $p \leq 0,05$.

Отже, отримані дані доводять, що хворі, які пройшли лікування за розробленою програмою терапії та реабілітації, характеризуються вищими показниками регресу психологічної симптоматики, набагато нижчим рівнем вираженості клініко-психопатологічної симптоматики, вищим рівнем власного соціально-особистісного функціонування та якості життя, більш стійким рівнем ремісій та зниженням кількості госпіталізацій протягом року, що свідчить про високу ефективність та результативність системи комплексної терапії та реабілітації хворих на шизофренію з урахуванням соматичної коморбідності.

За результатами апробації комплексної системи терапії та реабілітації хворих на шизофренію доведена її висока ефективність та результативність, встановлено, що її використання дає змогу істотно поліпшити стан пацієнтів та рівень їх соціально-психологічного функціонування, підвищити стійкість ремісій та скоротити кількість госпіталізацій.

Список літератури

1. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990—2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017 // *The Lancet*. 2018. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7).
2. Laursen T. M., Nordentoft M., Mortensen P. B. Excess early mortality in schizophrenia // *Annual Review of Clinical Psychology*, 2014; 10, 425—438. URL: <https://www.annualreviews.org/doi/full/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153657>.
3. Service availability and utilization and treatment gap for schizophrenic disorders: a survey in 50 low- and middle-income countries / A. Lora, R. Kohn, I. Levav, [et al.] // *Bulletin World Health Organization*; 2012; 90(1):47-54, 54A-54B. DOI: 10.2471/BLT.11.089284.
4. Physical Health and Schizophrenia / David J. Castle, Peter F. Buckley, Fiona P. Gaughran. Oxford University Press, 2017. 136 p.
5. Белялов Ф.И. Лечение болезней в условиях коморбидности. 10-е изд. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. 264 с.
6. Bensa Q. Somatic treatments in psychiatry: A descriptive study of laboratory tests and systematic involvement in terms

of overall care / Q. Bensa, Y. Auxéméry // *Encephale*. 2017. Vol. 43 (3). P. 205—211.

7. Марута Н. А. Клинико-психопатологическая структура коморбидной психической патологии у больных шизофренией / Н. А. Марута, С. А. Ярославцев, Е. С. Черднякова // *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*, 2015. № 3 (21). С. 68—78.

8. Ревенок О. А. Особенности сопутствующей соматической патологии у больных параноидной шизофренией / О. А. Ревенок, Я. Ю. Марункевич // *Архів психіатрії*. 2014. № 4 (79). С. 75—79.

9. Cohen A. Решение проблем коморбидности между психическими расстройствами и основными неинфекционными заболеваниями. Справочный технический доклад в поддержку осуществления Европейского плана действий в области психического здоровья, 2013—2020 гг., и Плана действий ВОЗ по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в Европейском регионе ВОЗ, 2016—2025 гг. Всемирная организация здравоохранения, 2017. 44 с. URL: <http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/addressing-comorbidity-between-mental-disorders-and-major-non-communicable-diseases-2017>.

10. Герасим'юк І.Г. Поєднання шизофренії та соматичної патології // *WorldScience*. 2018. № 6 (34). Vol. 5. С. 47—49. DOI: https://doi.org/10.31435/rsglobal_ws/12062018/5853.

11. Проблема множественной соматической и/или психической патологии / А. С. Аведисова, М. О. Жабин, Р. Г. Акжигитов, А. А. Гудкова // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. 2018. Вып. 118 (5). С. 5—13. DOI: 10.17116/jnevro2018118515.

12. Белялов А.В. Тезисы психосоматической медицины // *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. 2017. Вып. 13 (2). С. 221—228. DOI: <http://dx.doi.org/10.20996/1819-6446-2017-13-2-221-228>.

13. Данилов Д.С. Обоснованность применения антидепрессантов при лечении шизофрении (современный взгляд на проблему с позиции доказательной медицины) / Д. С. Данилов, Д. О. Магомедова, М. Е. Мацнева // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2016. Вып. 8 (1). С. 71—81. DOI: <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2016-1-71-81>.

14. Марута Н. А. Проблема коморбидности в современной психиатрии. Теоретический, клинический, терапевтический и организационные аспекты // *Здоров'я України*. 2013. № 12. С. 38—39. URL: http://health-ua.com/pics/pdf/ZU_2013_Nevro_4/38-39.pdf.

Надійшла до редакції 5.05.2021

ОПРЯ Євген Васильович, доктор медичних наук, професор кафедри*; e-mail: yoprya@yahoo.com

ПУСТОВОЙТ Михайло Михайлович, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри*

* — кафедра психіатрії, наркології та психології Одеського національного медичного університету, м. Одеса, Україна

OPRYA Yevgen, Doctor of Medical Sciences, Professor of Department**; e-mail: yoprya@yahoo.com

PUSTOVOIT Mykhailo, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Department**

** — Department of Psychiatry, Narcology and Psychology of the Odesa National Medical University, Odesa, Ukraine