

УДК 616.895.8-008.47:616.1

Є. В. Опря

**ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНОЇ СТРУКТУРИ ШИЗОФРЕНІЇ ПРИ ЇЇ ПОЄДНАННІ З СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ**

Е. В. Опря

**Особенности клинко-психопатологической структуры шизофрении при ее сочетании с сердечно-сосудистыми заболеваниями**

Ye. Oprya

**Peculiarities of clinical-psychopathological structure of schizophrenia at its conjunction with cardiovascular diseases**

В роботі проаналізовано соціально-демографічні, клініко-динамічні та клініко-психопатологічні особливості шизофренії при її поєднанні з хронічними серцево-судинними захворюваннями (ССЗ). Обстежено 50 хворих на шизофренію, що поєднана з ССЗ та 50 хворих на шизофренію без хронічних соматичних захворювань. Встановлено, що наявність хронічної серцево-судинної патології погіршує соціальну реалізацію хворих на шизофренію (знижує професійний статус та обмежує соціальні зв'язки), посилює психопатологічну симптоматику, зокрема галюцинації, іпохондричні ідеї та тривожно-депресивні прояви.

**Ключові слова:** шизофренія, серцево-судинні захворювання, клініко-динамічні характеристики, психопатологічна симптоматика

В работе проанализированы социально-демографические, клинко-динамические и клинко-психопатологические особенности шизофрении при ее сочетании с хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ). Обследовано 50 больных шизофренией с коморбидными ССЗ и 50 больных шизофренией без хронических соматических заболеваний. Установлено, что наличие хронической сердечно-сосудистой патологии ухудшает социальную реализацию больных шизофренией (снижает профессиональный статус и ограничивает социальные контакты), усиливает психопатологическую симптоматику, в частности галлюцинации, ипохондризацию и тревожно-депрессивные проявления.

**Ключевые слова:** шизофрения, сердечно-сосудистые заболевания, клинко-динамические характеристики, психопатологическая симптоматика

The paper analyzes the socio-demographic, clinical-dynamic and clinical-psychopathological features of schizophrenia which combined with chronic cardiovascular disorders (CVD). 50 schizophrenia patients with comorbid CVD and 50 patients with schizophrenia without chronic CVD were examined. It is established that the presence of chronic CVD worsens the social realization of schizophrenic patients (reduces professional status and limits social contacts), intensifies psychopathological symptoms, in particular hallucinations, hypochondria and anxious-depressive manifestations.

**Key words:** schizophrenia, cardiovascular diseases, clinical and dynamic characteristics, psychopathological symptoms

Актуальність дослідження мікстових форм психопатологічних розладів з соматичними захворюваннями зумовлена передусім їх високою поширеністю, складнощами в їх діагностиці та лікуванні, негативними медико-соціальними наслідками [3]. В цьому зв'язку особливої уваги потребує шизофренія, коморбідність якої з соматичними захворюваннями є дуже високою [4, 7, 11]. Зокрема, 58 % пацієнтів з шизофренією мають як мінімум

одне соматичне захворювання, а у 9 % діагностується чотири та більше хронічних соматичних захворювань [8]. Тривалість життя хворих на шизофренію на 10—15 років менша, ніж в загальній популяції населення [10]. Більшість хворих на шизофренію гинуть внаслідок коморбідних соматичних захворювань [1]. Сама специфіка психотичного розладу, потреба у тривалій терапії антипсихотичними препаратами, що відомі своїми метаболічними побічними ефектами, призводить до збільшення кількості соматичної патології, зокрема серцево-судинних захо-

рювань (ССЗ), сахарного діабету, гіперліпідемії [9—12]. Більшість сучасних робіт присвячено впливу психотичного розладу або наслідків його терапії на соматичні захворювання та їх прогноз [2, 6]. Питання ж особливостей клінічного оформлення мікстових варіантів психопатології та соматичних захворювань все ще недостатньо висвітлено, особливого значення набуває необхідність визначення конкретних клінічних ознак маркерів шизофренії, що поєднана з соматичною патологією, з метою підвищення якості їх діагностики та лікування.

Мета роботи — дослідити клініко-психопатологічні прояви шизофренії, що поєднана з хронічними серцево-судинними захворюваннями.

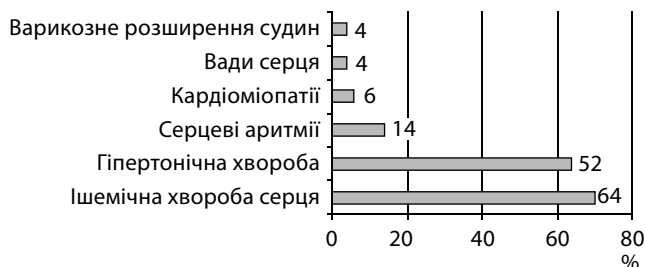
Як провідний в роботі було використано клініко-психопатологічний метод з застосуванням клінічної рейтингової шкали позитивної та негативної симптоматики (Positive and Negative Syndrome Scale — PANSS) [5].

В дослідженні взяли участь 100 осіб, з яких основну групу дослідження склали 50 хворих на шизофренію (F20) з наявністю хронічної серцево-судинної патології, контрольну — 50 хворих на шизофренію (F20) без серцево-судинних захворювань.

Загальними для всіх учасників дослідження критеріями включення були: верифікований діагноз шизофренії (F20) відповідно до критеріїв МКХ-10 тривалістю не менше ніж 3 роки; вік хворого від 18 до 60 років; здатність пацієнтів брати участь у дослідженні, адекватно розуміти вимоги та інструкції, що пред'являються відповідно до завдань дослідження та наявність інформованої згоди на участь в дослідженні. Загальними критеріями виключення були: наявність органічних захворювань ЦНС, виражених когнітивних та психопатологічних порушень, що ускладнюють засвоєння та виконання інструкцій, та відповідність стану критеріям постшизофренічної депресії (F20.4).

До основної групи залучались хворі на шизофренію з серцево-судинними захворюваннями тривалістю не менше ніж 3 роки, які на момент дослідження були компенсовані. Пацієнти з постінсультними та постінфарктними станами в дослідженні не включались.

В структурі серцево-судинних захворювань хворих основної групи (див. рисунок) переважали ішемічна хвороба серця (ІХС) — 64 % та гіпертонічна хвороба — 52 %, також були наявні порушення серцевого ритму — 14 %, кардіоміопатії — 6 %, вади серця (4 %) та варикозне розширення судин (4 %). Здебільшого спостерігалась коморбідність декількох серцево-судинних захворювань одночасно.



Структура серцево-судинних захворювань у обстежених хворих

Здебільшого в обстежених хворих серцево-судинну патологію було діагностовано вже після верифікації діагнозу «Шизофренія» (у 76 %), тобто формування ССЗ відбувалось в межах психотичного розладу.

Розподіл за статтю обстежуваних осіб був однорідним в межах кожної групи (48 % склали чоловіки, 52 % — жінки) та однаковим між групами дослідження (табл. 1). Здебільшого обстежені особи в обох групах дослідження були середнього віку (від 31 до 50 років), однак в основній групі хворих кількість осіб віком з 21 до 30 років була набагато меншою (6 %), ніж в контрольній групі хворих (20 %), при  $p \leq 0,03$ . Подібні результати відображають специфіку серцево-судинної патології, що накопичується (розвивається) з віком. За освітнім рівнем серед обстежених хворих в обох групах переважали особи з середньою професійною освітою, що закінчили професійно-технічне училище (ПТУ) або технікум.

Таблиця 1. Розподіл обстежених за віком, статтю та соціально-демографічними показниками

Показники	Основна група (n = 50)		Контрольна група (n = 50)	
	абс., осіб	відн., % ± m %	абс., осіб	відн., % ± m %
<b>Стать:</b>				
Чоловіча	24	48 ± 7,06	24	48 ± 7,06
Жіноча	26	52 ± 7,35	26	52 ± 7,35
<b>Вік, років</b>				
21—30	3	6 ± 1,19*	10	20 ± 3,65
31—40	16	32 ± 5,39	19	38 ± 6,11
41—50	22	44 ± 6,72	15	30 ± 5,12
50—60	9	18 ± 3,33	6	12 ± 2,30
<b>Рівень освіти:</b>				
неповна середня (8 класів ЗОШ)	3	6 ± 1,19	2	4 ± 0,80
середня (10 класів ЗОШ)	5	10 ± 1,94	5	10 ± 1,94
середня професійна або спеціальна (ПТУ, технікум)	23	46 ± 6,90	22	44 ± 6,72
незакінчена вища	8	16 ± 2,99	7	14 ± 2,65
повна вища	11	22 ± 3,97	14	28 ± 4,85
<b>Професійний статус (найбільш характерний тип зайнятості за останній рік):</b>				
не працює (безробітний, пенсіонер або інвалід)	22	44 ± 6,72*	14	28 ± 4,85
студент	2	4 ± 0,80	3	6 ± 1,19
повний робочий день (40 годин на тиждень)	6	12 ± 2,30	10	20 ± 3,65
неповний робочий день (епізодична зайнятість, почасова оплата)	20	40 ± 6,32	23	46 ± 6,90
<b>Сімейний статус</b>				
У шлюбі (офіційному або громадському)	17	34 ± 5,64	21	42 ± 6,53
В розлученні (або окреме проживання)	10	20 ± 3,65	8	16 ± 2,99
Вдовець/вдова	6	12 ± 2,30	4	8 ± 1,57
Самотній (ніколи не перебував у шлюбі)	17	34 ± 5,64	17	34 ± 5,64
<b>Соціальні зв'язки (відносини, що підтримуються)</b>				
3 членами батьківської родини (мати, батько, сиблінги)	29	58 ± 7,67	33	66 ± 7,85
3 членами власної родини (чоловік/дружина, діти, онуки)	23	46 ± 6,90**	35	70 ± 7,82
3 друзями, знайомими	19	38 ± 6,11*	27	54 ± 7,47
Соціальна ізоляція	5	10 ± 1,94	2	4 ± 0,80

Примітки. Тут і далі: значущі показники вірогідності позначено: \* —  $p \leq 0,05$ ; \*\* —  $p \leq 0,01$ . Дані наведено в форматі: абсолютна кількість осіб та відносна кількість ± помилка відсотку (% ± m %)

За професійним статусом більша частина хворих основної групи були не працюючими (44 %), що набагато більше, ніж серед хворих контрольної групи (28 %), при  $p \leq 0,05$ . В основній групі більшість осіб мали епізодичну зайнятість (працювали неповний робочий день або епізодично — 46 %). За сімейним статусом статистичних відмінностей між групами дослідження не виявлено.

Встановлено, що хворі основної групи підтримували соціальні зв'язки переважно з членами батьківської родини. Значно менша кількість хворих основної групи підтримувала соціальні зв'язки з членами власної родини (чоловіком/дружиною, дітьми, онуками) та друзями (лише 46 % та 38 %), порівняно з контрольною групою (70 % та 54 %, відповідно), при  $p \leq 0,01$  та  $p \leq 0,05$ .

Загалом аналіз соціальних параметрів продемонстрував, що наявність коморбідної серцево-судинної патології пов'язана зі зниженням рівня соціальної реалізованості хворих на F20. Зокрема, серед хворих з ССЗ набагато більше було непрацюючих (незайнятих) осіб з обмеженими соціальними зв'язками, які окреслювались переважно батьківською родиною.

За результатами аналізу клініко-динамічних характеристик шизофренії (табл. 2) встановлено, що у хворих основної групи маніфестація психотичного розладу відбувалась переважно в молодому віці (у вікових діапазонах до 18 та до 30 років), тоді як у хворих контрольної групи психотичний розлад маніфестував переважно після 18 років (у вікових градаціях з 18 до 30 та після 30 років).

Таблиця 2. Клініко-динамічні характеристики шизофренії у хворих обстежених груп

Найменування	Основна група n = 50		Контрольна група n = 50	
	абс., осіб	відн., % ± m %	абс., осіб	відн., % ± m %
Вік маніфестації психотичного розладу, років				
до 18	19	38,00 ± 6,11	13	26,00 ± 4,56
з 18 до 30	21	42,00 ± 6,53	21	42,00 ± 6,53
після 30	10	20,00 ± 3,65	16	32,00 ± 5,39
Тривалість психотичного захворювання, років				
до 10	7	14,00 ± 2,65	11	22,00 ± 3,97
10—15	15	30,00 ± 5,12*	24	48,00 ± 7,06
15—20	19	38,00 ± 6,10*	11	22,00 ± 3,97
більше ніж 20	8	16,00 ± 2,99	4	8,00 ± 1,57
Кількість госпіталізацій в психіатричний стаціонар за останній рік (з урахуванням поточної)				
1 (одна)	14	28,00 ± 4,85*	25	50,00 ± 7,22
2 (дві)	22	44,00 ± 6,72	17	34,00 ± 5,64
3 (три)	12	24,00 ± 4,27	6	12,00 ± 2,30
більше ніж три	2	4,00 ± 0,80	2	4,00 ± 0,80
Форма шизофренії				
Параноїдна (F20.0)	37	74,00 ± 7,70	39	78,00 ± 7,47
Гебефренна (F20.1)	1	2,00 ± 0,40	1	2,00 ± 0,40
Кататонічна (F20.2)	1	2,00 ± 0,40	2	4,00 ± 0,80
Недиференційована (F20.3)	4	8,00 ± 1,57	1	2,00 ± 0,40
Резидуальна (F20.5)	5	10,00 ± 1,94	3	6,00 ± 1,19
Проста (F20.6)	2	4,00 ± 0,80	4	8,00 ± 1,57
Тип перебігу шизофренічного розладу:				
безперервний (.x0)	25	50,00 ± 7,22*	17	34,00 ± 5,64
епізодичний з прогредієнтним розвитком дефекту (.x1)	7	14,00 ± 2,65	8	16,00 ± 2,99
епізодичний зі стабільним дефектом (.x2)	8	16,00 ± 2,99	12	24,00 ± 4,27
епізодичний ремітуючий (.x3)	10	20,00 ± 3,65	13	26,00 ± 4,56

Тривалість психотичного розладу у хворих основної групи виявлялась більшою, ніж в контрольній групі. Зокрема, серед хворих основної групи вірогідно частіше спостерігалась тривалість психозу у віці понад 15 років (54 %), та значно менше було психотичних станів тривалістю до 15 років (44 %), порівняно з хворими контрольної групи, серед яких ці показники склали 30 % та 70 %, відповідно, при  $p \leq 0,01$  та  $p \leq 0,005$ .

Частота госпіталізацій з приводу психічного стану у хворих основної групи виявлялась більшою, ніж у хворих контрольної групи. Здебільшого хворі основної групи госпіталізувались два рази на рік, тоді як хворі контрольної групи — лише раз. Кількість осіб серед хворих основної групи, що було госпіталізовано до стаціонару за останній рік лише один раз, була набагато меншою (28 %), порівняно з хворими контрольної групи (50 %), при  $p \leq 0,01$ . За формою шизофренії статистичних відмінностей між групами порівняння зафіксовано не було. Здебільшого обстежені хворі мали параноїдну форму шизофренії (основна група — 74 %; контрольна група — 78 %).

За типом перебігу шизофренічного розладу серед хворих основної групи вірогідно частіше спостерігався безперервний тип перебігу (50 %), ніж у хворих контрольної групи (34 %), при  $p \leq 0,04$ .

Вираженість та особливості психопатологічної симптоматики у хворих обстежених груп наведено в таблиці 3.

Згідно з отриманими даними, у обстежених хворих незалежно від групи порівняння негативна симптоматика превалювала над позитивною, про що свідчать негативні показники композитного індексу у хворих основної групи ( $P - N = -1,4 \pm 0,13$ ) та контрольної групи ( $P - N = -2,0 \pm 0,14$ ), що так само підтверджує наявність хронічного, тривалого перебігу шизофренічного процесу в обстежених хворих. В структурі позитивної симптоматики (P) у хворих обох груп найвираженішими виявилися симптоми галюцинації (P3) та марення (P1), що цілком відображало провідну симптоматику параноїдної форми шизофренії, яка превалювала в обстежуваних хворих. Однак вираженість галюцинозної поведінки у хворих основної групи виявлялась вищою ( $P3 = 4,17 \pm 0,1$ ), ніж у хворих контрольної групи ( $P3 = 3,42 \pm 0,18$ ), при  $p \leq 0,05$ . Ймовірно, соматичні відчуття, що зумовлені серцево-судинними захворюваннями, потенціюють галюцинозну симптоматику. В структурі позитивної симптоматики хворих основної групи на фоні домінування галюцинозних проявів помірного та вище рівня вираженості, часто сенестопатичного характеру, також визначалась наявність психомоторного збудження ( $3,35 \pm 0,16$ ); ідей марення ( $3,32 \pm 0,14$ ) та концептуальної дезорганізації мислення ( $3,42 \pm 0,16$ ), які не перевищували помірного рівня. Клінічна картина шизофренії у хворих контрольної групи характеризувалась схожою структурою позитивних симптомів, але галюцинозна поведінка була значно менш вираженою, а в структурі позитивних симптомів превалювали маревні ідеї.

Негативні симптоми у хворих обох груп проявлялися переважно порушеннями мислення помірного ступеня вираженості, до яких у хворих основної групи приєднувалась ще й емоційна відчуженість, що була більш вираженою ( $N2 = 3,23 \pm 0,17$ ), ніж у хворих контрольної групи ( $N2 = 2,56 \pm 0,12$ ), при  $p \leq 0,05$ .

Загалом психопатологічна симптоматика у хворих основної групи виявлялась більш вираженою [ $\Sigma(P + N + G) = 82,9 \pm 2,23$ ], порівняно з хворими контрольної групи [ $\Sigma(P + N + G) = 77,9 \pm 1,78$ ], переважно внаслідок виражених загальних психопатологічних проявів

Продовження табл. 3

( $G = 41,1 \pm 0,81$ ) та ( $G = 37,4 \pm 0,65$ , при  $p \leq 0,05$ ). Серед загальних психосоматичних проявів у хворих основної групи виявлено більшу вираженість іпохондричних ідей ( $G1 = 4,19 \pm 0,18$ ), тривожності ( $G2 = 3,74 \pm 0,16$ ), депресивних симптомів ( $3,52 \pm 0,16$ ) та фізичного напруження ( $3,34 \pm 0,14$ ), порівняно з хворими контрольної групи ( $3,4 \pm 0,14$ ;  $2,95 \pm 0,18$ ;  $2,56 \pm 0,14$  та  $2,4 \pm 0,14$ , відповідно), при  $p \leq 0,05$ . Аналіз психопатологічних проявів за окремими кластерами симптомів дозволив встановити більш виражений рівень симптомів депресивного спектра у хворих основної групи ( $13,27 \pm 0,43$ ), порівняно з хворими контрольної групи ( $10,67 \pm 0,25$ ), при  $p \leq 0,05$ .

Таблиця 3. Особливості психопатологічної симптоматики у хворих обстежених груп (за результатами шкали Positive and Negative Syndrome Scale — PANSS)

Симптом	Вираженість симптоматики, бали	
	Основна група $n = 50$	Контрольна група $n = 50$
Шкала позитивної симптоматики (P)		
P1 Маревні ідеї	$3,2 \pm 0,14$	$3,58 \pm 0,19$
P2 Порушення мислення за формою (концептуальна дезорганізація)	$3,42 \pm 0,16$	$3,3 \pm 0,13$
P3 Галюциаторна поведінка	$4,17 \pm 0,19^*$	$3,42 \pm 0,18$
P4 Збудження	$3,35 \pm 0,16$	$3,14 \pm 0,16$
P5 Ідеї величі	$2,16 \pm 0,13$	$2,35 \pm 0,11$
P6 Підозрілість (персекуторні ідеї)	$2,42 \pm 0,14$	$2,18 \pm 0,14$
P7 Ворожість	$1,45 \pm 0,12$	$1,3 \pm 0,12$
Сума балів за шкалою позитивної симптоматики (P)	$20,2 \pm 0,61$	$19,3 \pm 0,57$
Шкала негативної симптоматики (N)		
N1 Сплющення афекту	$2,19 \pm 0,14$	$2,68 \pm 0,12$
N2 Емоційна відчуженість	$3,23 \pm 0,17^*$	$2,56 \pm 0,12$
N3 Зубожіння (збіднення) контакту	$3,15 \pm 0,16$	$2,9 \pm 0,14$
N4 Пасивно-апатична соціальна відгородженість	$2,91 \pm 0,16$	$2,75 \pm 0,12$
N5 Порушення абстрактного мислення	$3,46 \pm 0,18$	$3,7 \pm 0,16$
N6 Недостатність спонтанності/плавності мови	$2,98 \pm 0,14$	$3,14 \pm 0,14$
N7 Стереотипне мислення	$3,72 \pm 0,17$	$3,55 \pm 0,16$
Сума балів за шкалою негативної симптоматики (N)	$21,6 \pm 0,67$	$21,3 \pm 0,48$
Шкала загальної психопатологічної симптоматики (G)		
G1 Іпохондричні ідеї	$4,19 \pm 0,18^*$	$3,4 \pm 0,14$
G2 Тривожність	$3,74 \pm 0,16^*$	$2,95 \pm 0,18$
G3 Ідеї винності	$1,82 \pm 0,12$	$1,76 \pm 0,14$
G4 Фізична напруга	$3,34 \pm 0,14^*$	$2,4 \pm 0,14$
G5 Манерність та поза	$1,65 \pm 0,12$	$1,8 \pm 0,16$
G6 Депресія	$3,52 \pm 0,16^*$	$2,56 \pm 0,14$
G7 Рухова загальмованість	$1,65 \pm 0,12$	$1,78 \pm 0,16$
G8 Відмова від співпраці (недоступність)	$1,36 \pm 0,1$	$1,40 \pm 0,12$
G9 Неприродність змісту мислення	$3,25 \pm 0,16$	$3,56 \pm 0,18$
G10 Дезорієнтація	$1,48 \pm 0,12$	$1,64 \pm 0,14$
G11 Порушення уваги	$1,92 \pm 0,14$	$1,96 \pm 0,12$

Симптом	Вираженість симптоматики, бали	
	Основна група $n = 50$	Контрольна група $n = 50$
G12 Недостатність суджень та критики	$3,56 \pm 0,16$	$3,6 \pm 0,12$
G13 Вольові порушення	$1,73 \pm 0,14$	$1,86 \pm 0,14$
G14 Імпульсивність	$1,92 \pm 0,12$	$1,7 \pm 0,12$
G15 Аутизація	$2,79 \pm 0,16$	$2,34 \pm 0,12$
G16 Активний відхід від соціальних контактів	$3,17 \pm 0,14$	$2,7 \pm 0,16$
Сума балів за шкалою загальної психопатологічної симптоматики (G)	$41,1 \pm 0,81^*$	$37,4 \pm 0,65$
Кластер анергії (N1 + N2 + G7 + G10)	$8,55 \pm 0,31$	$8,66 \pm 0,33$
Кластер депресії (G1 + G2 + G3 + G6)	$13,27 \pm 0,43^*$	$10,67 \pm 0,25$
Кластер порушень мислення (P2 + P3 + P5 + G9)	$13,00 \pm 0,45$	$12,63 \pm 0,36$
Кластер збудження (G4 + G5 + P4)	$8,34 \pm 0,29$	$7,34 \pm 0,24$
Кластер параноїдної поведінки (P6 + P7 + G8)	$5,23 \pm 0,22$	$4,88 \pm 0,19$
Композитний індекс (P-N)	$-1,4 \pm 0,13$	$-2,0 \pm 0,14$
Загальна кількість балів ( $\Sigma P + N + G$ )	$82,9 \pm 2,23$	$77,9 \pm 1,78$

Примітки. В таблиці наведено лише значущі показники вірогідності: \* —  $p \leq 0,05$ ; Дані подано в форматі: середня арифметична  $\pm$  помилка середньої арифметичної ( $M \pm m$ )

Результати проведеного дослідження дозволяють зазначити, що наявність серцево-судинної патології в структурі шизофренії призводить до зниження соціальної реалізації хворих, що виявляється професійною нереалізованістю, обмеженістю соціальних зв'язків, які обмежуються переважно батьківською родиною.

Шизофренія з коморбідними ССЗ характеризується більш ранньою маніфестацією, значною тривалістю (понад 15 років), збільшенням кількості госпіталізацій протягом року (2 та більше) та переважно безперервним типом перебігу.

Наявність поєднаних ССЗ в структурі шизофренії модифікує її клінічну картину, посилюючи прояви психопатологічної симптоматики, зокрема галюциаторну активність, сенестопатичні та іпохондричні ідеї, тривожно-депресивну симптоматику.

Отримані результати дослідження видається доцільним використовувати з метою поліпшення якості діагностики та терапії шизофренії, що поєднана з соматичними захворюваннями.

#### Список літератури

1. Волков В. П. Соматическая патология и причины смерти при шизофрении // Журнал неврологии и психиатрии. 2009. № 5. С. 9—14.
2. Клинические особенности течения ишемической болезни сердца у больных шизофренией / А. Б. Смулевич, А. Л. Сыркин, М. Ю. Дробижев [и др.] // Клиническая медицина. 2007. Т. 85, № 4. С. 33—36.
3. Марута Н. А. Проблема коморбидности в современной психиатрии. Теоретический, клинический, терапевтический и организационные аспекты // Здоров'я України. 2013. № 12. С. 38—39.
4. Менделевич Б. Д., Куклина А. М. К вопросу о распространенности соматической патологии среди пациентов, страдающих психическими расстройствами // Казанский медицинский журнал. 2012. Т. 93, № 3. С. 532—534.

5. Мосолов С. Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств. Москва, 2001. 238 с.

6. Ревенок О. А., Марункевич Я. Ю. Особенности сопутствующей соматической патологии у больных параноидной шизофренией // Архив психиатрии. 2014. № 4 (79). С. 75—79.

7. Тюркина Т. А. Сопутствующие соматические заболевания у больных шизофренией // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2010. № 5 (62). С. 47—49.

8. Харчук Е. В. Когнітивні порушення при шизофренії та гіпертонічній хворобі: короткий огляд // Архив психиатрии. 2012. Т. 18, № 3. С. 17—18. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh\\_2012\\_18\\_3\\_6](http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh_2012_18_3_6).

9. Druss B., Reisinger E. Mental disorders and medical comorbidity // Research synthesis report. 2011. № 21. P. 21—24.

10. Increased Mortality in Schizophrenia Due to Cardiovascular Disease — A Non-Systematic Review of Epidemiology, Possible

Causes, and Interventions / P. A. Ringen, J. A. Engh, A. B. Birkenaes [et al.] // Front Psychiatry. 2014. № 5. P. 137.

11. Physical Health and Schizophrenia / David J. Castle, Peter F. Buckley, Fiona P. Gaughran // Oxford University Press. 2017. 136 p.

12. Tandon R. Medical comorbidities of schizophrenia // Digest of Psychiatry. 2013. Vol. 42, № 3. P. 51—55.

*Надійшла до редакції 11.01.2018 р.*

---

**ОПРЯ Євген Васильович**, доцент кафедри психіатрії та наркології Одеського національного медичного університету, м. Одеса, Україна; e-mail: yoprya@yahoo.com

**OPRYA Yevgen**, Associate Professor of Department of Psychiatry and Narcology of the Odesa National Medical University, Odesa, Ukraine; e-mail: yoprya@yahoo.com