

ющие материалы. Лечение мезиальной перекрестной окклюзии с помощью данной методики является новым направлением в Республике Беларусь.

#### References

1. Moldovanov A. G. Fiziologiya i patologiya istiraniya tverdyh tkaney zubov [Physiology and pathology of abrasion of dental hard tissues] / Sympheropol: Tavrida, 1992. – Pp. 70.

2. Proffit W. Sovremennaya ortodontiya [Modern Orthodontics] / Moscow: Medpress inform, 2000. – Pp. 560.

3. Karaikos N., Wiltshire W., Odlum O. Preventive and interceptive orthodontic needs of an Inner-City group of 6- and 9-year old Canadian children / Journal of Canadian Dental Association. – 2005. – №71. – Pp. 649-670. doi: [doi.org/10.1097/01.epx.0000483238.83501.60](https://doi.org/10.1097/01.epx.0000483238.83501.60)

4. Major P., Glover K. Treatment of anterior crossbites in the early mixed dentition / Journal of Canadian Dental Association. – 1992. – №58 (7). – Pp. 574-578.

5. Kocaderelli I. Early treatment of anterior and posterior crossbite in a child with bilaterally constricted maxilla: report of case / American Society of Dentistry for children. – 1998. – №65 (1). – Pp. 41-46.

6. Lux C., Ducker B., Pritsch M. Occlusal status and prevalence of occlusal malocclusion traits among 9-year old schoolchildren / European Journal of Orthodontics. – 2009. – № 31(3). – Pp. 294-299. doi: [doi.org/10.1093/ejo/cjn116](https://doi.org/10.1093/ejo/cjn116)

7. Maino G., Turci Y., Arreghini A. et al. Skeletal and dentoalveolar effects of hybrid rapid palatal expansion and facemask treatment in growing Class III patients / American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics. – 2018. – №153. – Pp. 262-268. doi: [doi.org/10.1016/j.ajodo.2017.06.022](https://doi.org/10.1016/j.ajodo.2017.06.022)

8. O'Brian M. Children's Dental Health in the United Kingdom / London: H. M. S. O., 1993. – Pp. 67-68.

9. Rosa M., Lucchi P., Mariani L. Spontaneous correction of anterior crossbite by RPE anchored on deciduous teeth in the early mixed dentition / European Journal of Pediatric Dentistry. – Sept 2012. – №13 (3). – Pp. 176-180.

10. Thilander R. Prevalence of temporomandibular dysfunction and its association with malocclusion in children and adolescents: an epidemiologic study related to specified stages of dental development / Angle Orthodontics. – 2002. – №72 (2). – Pp. 146-154.

### INFLUENCE OF CHRONIC SOMATIC PATHOLOGY ON CLINIC AND SOCIAL PROGNOSIS OF SHYSOFRENIA

**Опрях Ю.**

*Associated professor of Department of Psychiatry and Narcology of the Odesa National Medical University, Odesa, Ukraine*

### ВПЛИВ ХРОНІЧНОЇ СОМАТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ НА КЛІНІКУ ТА СОЦІАЛЬНИЙ ПРОГНОЗ ШИЗОФРЕНІЇ

**Опрях Є.В.**

*доцент кафедри психіатрії та наркології Одеського національного медичного університету, Одеса, Україна*

#### Abstract

The paper presents the results of a comprehensive study of the features of clinical and psychopathological manifestations of psychotic process and socio-psychological functioning of patients with schizophrenia with somatic disorders. Is revealed the specificity of the clinical and psychopathological structure of schizophrenia that combined with specific variants of somatic disorders. Are investigated the presence and features of the influence of a somatic disease on psychopathological symptoms and socio-psychological functioning of patients with schizophrenia. Was revealed that the presence of chronic somatic pathology affects the clinical and social characteristics of the endogenous process, deepening certain clinical manifestations, complicating social and personal functioning and reducing the quality of life.

#### Анотація

В роботі представлено результати комплексного дослідження особливостей клініко-психопатологічних проявів психотичного процесу та соціально-психологічного функціонування хворих на шизофренію з соматичними розладами. Виявлена специфіка клініко-психопатологічної структури шизофренії, що поєднана з конкретними варіантами соматичних розладів. Досліджено наявність та особливості впливу соматичного захворювання на психопатологічну симптоматику та соціально-психологічне функціонування хворих на шизофренію. Виявлено, що наявність хронічної соматичної патології впливає на клініко-соціальні характеристики ендогенного процесу, поглиблюючи певні клінічні прояви, ускладнюючи соціально-особистісне функціонування та знижуючи якість життя.

**Keywords:** schizophrenia, cardiovascular disorders, type 2 diabetes, obesity, clinical and social prognosis

**Ключові слова:** шизофренія, серцево-судинні розлади, цукровий діабет 2-го типу, ожиріння, клініко-соціальний прогноз

Шизофренія є хронічним прогресуючим захворюванням, що супроводжується своїми негативними медико-соціальними наслідками: інвалідизація, передчасна смертність, зниження якості життя та висока частота супутніх соматичних захворювань [1-2]. Згідно даних дослідження САПЕ (клінічне дослідження ефективності застосування антипсихотиків) 58 % пацієнтів з шизофренією мають як мінімум одне, а у 9 % виявляється понад 4 тяжкі соматичні захворювання [3]. Найчастіше відзначається висока коморбідність шизофренії з артеріальною гіпертензією (20 %), гіперліпідемією (14 %) і цукровим діабетом (11 %) [3, 4]. Зазначається, що інтеркурентність з соматичними розладами ускладнює прогноз та терапію як шизофренії, так і соматичного стану, погіршує соціальний прогноз та збільшує рівень передчасної смертності [4-6]. Однак, комплексних досліджень, присвячених даній проблематиці обмаль, хоча у зв'язку з високою розповсюдженістю соматичної коморбідності у хворих на шизофренію питання її впливу на клініко-психопатологічні прояви психозу та соціально-адаптаційні можливості хворих стає надзвичайно актуальним.

Мета роботи – дослідити наявність та особливості впливу соматичних розладів на клінічні прояви та соціальний прогноз шизофренії.

Методи дослідження – клінічна рейтингова шкала позитивної та негативної симптоматики (Positive and Negative Syndrome Scale - PANSS) [1], шкала особистісного та соціального функціонування (Personal and Social Performance Scale (PSP) [2], коротка форма опитувальника про стан здоров'я (The 36-Item Short Form Survey (SF-36) [3], шкала оцінки медикаментозного комплаєнсу [4]. Вибірку дослідження склали 186 хворих на шизофренію (F20), з яких в основні групи дослідження увійшли 136 осіб з хронічними соматичними захворюваннями: 50 хворих з серцево-судинними захворюваннями (ССЗ), 42 хворих з цукровим діабетом 2-го типу (ЦД-2) та 44 хворих з ожирінням; контрольну групу представили 50 хворих на шизофренію без хронічних соматичних захворювань.

Загальними критеріями включення в дослідження для всіх дослідницьких груп були: наявність верифікованого діагнозу шизофренії (F20) відповідно критеріїв МКХ-10; тривалість захворювання на шизофренію не менше 3-х років; вік хворого до 60 років; здатність пацієнтів приймати участь в дослідженні, адекватно розуміти вимоги та інструкції, що пред'являються відповідно до завдань дослідження; наявність інформованої згоди на участь в дослідженні.

В основні дослідницькі групи залучались хворі на шизофренію з компенсованими варіантами соматичних захворювань, тривалість яких складала не менше 3-х років. В групу хворих на ССЗ не включались пацієнти з постінсультними та постінфарктними станами, а також з наявністю інших хронічних соматичних захворювань, що коморбідні серцево-судинній патології. Групу хворих на ЦД-2 представляли особи без ознак ожиріння ( $IMT < 30$ ) та без інших хронічних соматичних захворювань,

що коморбідні ЦД-2. Групу хворих з ожирінням склали хворі з індексом маси тіла  $IMT \geq 30$  (англ. body mass index (BMI)). Наявність коморбідних ожирінню соматичних захворювань, що були сформовані на фоні ожиріння, для хворих цієї групи не були критерієм виключення.

Проведений порівняльний аналіз хворих на шизофренію основних та контрольної груп, продемонстрував, що хворі з соматичною коморбідністю характеризуються певною специфікою клініко-психопатологічної структури шизофренії в залежності від варіанту соматичної коморбідності. У випадку коморбідності з ССЗ в структурі клініко-психопатологічної симптоматики відзначалась виразність галюцинаторної поведінки ( $P3 = 4,17 \pm 0,19$ ), іпохондричних ідей ( $G1 = 4,19 \pm 0,18$ ), тривожної ( $G2 = 3,74 \pm 0,16$ ), депресивної симптоматики ( $G6 = 3,52 \pm 0,16$ ) та фізичної напруги ( $G4 = 3,34 \pm 0,14$ ). У разі коморбідності з ЦД-2 також спостерігалась виразність галюцинаторної активності ( $P3 = 4,1 \pm 0,16$ ), іпохондричних ідей ( $G1 = 4,16 \pm 0,12$ ), депресивної симптоматики ( $G6 = 3,32 \pm 0,12$ ), а також симптомів збудження ( $P4 = 3,8 \pm 0,14$ ), імпульсивності ( $G14 = 2,8 \pm 0,12$ ), та порушень уваги ( $G11 = 2,74 \pm 0,12$ ). У випадку поєднання шизофренії з ожирінням в її клінічній картині виявлялось значне переважає негативної симптоматики над позитивною ( $P-N = -4,1 \pm 0,18$ ), соціальна відгородженість ( $N4 = 3,46 \pm 0,14$ ), збіднення соціальних контактів ( $N3 = 3,54 \pm 0,12$ ) та наявність депресивних переживань ( $3,65 \pm 0,16$ ). Також було встановлено, що хворі на шизофренію з соматичною коморбідністю характеризувались і значно нижчими показниками соціально-особистісного функціонування, якості життя та комплаєнсу хворих, зокрема: якість життя у хворих на шизофренію в разі її поєднання з соматичними розладами була значно нижчою, особливо в сферах власного здоров'я загалом, фізичного та психічного здоров'я зокрема (при F20 з ССЗ та F20 з ожирінням), емоційного функціонування (при F20 з ЦД 2) та соціального функціонування (при F20 з ожирінням), порівняно з контрольною групою. Комплаєнс хворих на шизофренію з соматичними розладами також виявлявся зниженим за рахунок недостатньої сформованості факторів, пов'язаних з пацієнтом та його відношенням до медикації.

Відповідно отриманих даних також представляється доцільним проаналізувати наявність та особливості впливу соматичної коморбідності на виразність та структуру психопатологічної симптоматики, а також на соціально-психологічну адаптацію хворих.

В якості параметрів оцінки клініко-соціального прогнозу шизофренії в разі її поєднання з соматичними розладами були виділені наступні: виразність психопатологічної симптоматики (за даними шкали PANSS), рівень соціально-особистісного функціонування (PSP), рівень якості життя (SF-36) та рівень комплаєнсу.

Для визначення впливу хронічних соматичних захворювань на психопатологічну симптоматику та соціально-психологічне функціонування хворих на шизофренію застосовувалась процедура лінійного

регресійного аналізу, де в якості незалежної змінної (x) виступав бінарний предиктор (факт наявності або відсутності соматичного розладу), в якості ж залежної змінної поперемінно використовувались кожен із прогностичних параметрів (y).

На рисунку 1 відображено особливості впливу соматичних розладів на клініко-соціальні параметри шизофренії (відображено лише статистично достовірні показники коефіцієнтів детермінації ( $R^2$ )).

Серцево-судинні захворювання	Цукровий діабет 2 типу	Ожиріння
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тривожність (G2): <math>R^2=0,69</math>, <math>\beta = 1,62</math></li> <li>• Депресія (G6): <math>R^2=0,76</math>, <math>\beta = 1,73</math></li> <li>• Іпохондричні ідеї (G1): <math>R^2=0,65</math>, <math>\beta = 1,59</math></li> <li>• Рівень якості життя: <math>R^2=0,71</math>, <math>\beta = -9,65</math></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Депресія (G6): <math>R^2=0,62</math>, <math>\beta = 1,53</math></li> <li>• Збудження (P4): <math>R^2=0,68</math>, <math>\beta = 1,60</math></li> <li>• Іпохондричні ідеї (G1): <math>R^2=0,56</math>, <math>\beta = 1,49</math></li> <li>• Рівень ускладнень у сфері особистісних та соціальних відносин: <math>R^2=0,64</math>, <math>\beta = 1,36</math></li> <li>• Рівень якості життя за станом здоров'я: <math>R^2=0,70</math>, <math>\beta = -1,49</math></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Негативна симптоматика (N): <math>R^2=0,73</math>, <math>\beta = 2,19</math></li> <li>• Депресія (G6): <math>R^2=0,67</math>, <math>\beta = 1,55</math></li> <li>• Відхід від соціальних контактів (G): <math>R^2=0,64</math>, <math>\beta = 1,18</math></li> <li>• Рівень якості життя: <math>R^2=0,73</math>, <math>\beta = -11,2</math></li> <li>• Рівень ускладнень соціально-особистісного функціонування: <math>R^2=0,68</math>, <math>\beta = 10,65</math></li> <li>• Комплекси: <math>R^2=0,70</math>, <math>\beta = -13,2</math></li> </ul>

Примітки:  $R^2$  – коефіцієнт детермінації  
 $\beta$  – міра ефекту впливу

Рисунок 1. Оцінка впливу соматичних розладів на клініко-соціальні характеристики шизофренії

Так, наявність серцево-судинного захворювання обумовлює зростання рівня 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.

Обтяженість шизофренії цукровим діабетом 2-го типу впливає на зростання 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 соціальне-особистісне функціонування в сфері соціальних відносин ( $R^2=0,64$ ,  $\beta=1,36$ ), а також знижує рівень якості життя, зокрема за станом здоров'я ( $R^2=0,70$ ,  $\beta=-1,49$ ).

Наявність ожиріння обумовлює зростання 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 значно ускладнює соціальний прогноз, ускладнюючи соціально-особистісне функціонування ( $R^2=0,68$ ,  $\beta=10,65$ ), знижуючи якість життя ( $R^2=0,73$ ,  $\beta=-11,2$ ) та комплекси ( $R^2=0,70$ ,  $\beta=-13,2$ ) хворих на шизофренію.

Згідно отриманих даних наявність хронічної соматичної патології такий впливає на клініко-соціальні характеристики ендогенного процесу, поглиблюючи певні клінічні прояви, ускладнюючи соціально-особистісне функціонування та знижуючи якість життя.

Загалом отримані результати свідчать, що соматичні розлади асоційовані з негативним клініко-соціальним прогнозом, обумовлюючи заглиблення психопатологічної симптоматики та зниження рівня соціально-психологічного функціонування. При цьому особливо небезпечним в плані прогнозу є ожиріння, що асоційоване з найбільшою кількістю негативних наслідків.

Отримані результати свідчать, що клінічне оформлення та прогноз шизофренії значно залежать від стану соматичного здоров'я пацієнта, що обумовлює необхідність розробки лікувально-реабілітаційних заходів, які будуть орієнтовані на комплексне лікування, спрямоване одночасно на обидва патологічні процеси.

#### Література

1. Charlson F.J. et al. Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings From the Global Burden of Disease Study 2016. *Schizophrenia Bulletin*, sby058, <https://doi.org/10.1093/schbul/sby058> Published: 12 May 2018.
2. Somatic Comorbidity in Schizophrenia: Some Possible Biological Mechanisms Across the Life / I.

Dieset et al. // *Span. Schizophrenia Bulletin*. - Volume 42. - Issue 6. - 2016. - P. 1316-1319. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw028>

3. Харчук С. В. Параноїдна шизофренія, поєднана з гіпертонічною хворобою: структура когнітивного дефіциту / С. В. Харчук // *Архів психіатрії*. - 2013. - Т. 19, № 4. - С. 135-140. - Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh\\_2013\\_19\\_4\\_32](http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh_2013_19_4_32).

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

5. 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.

6. Vial-Cholley E. Psychiatric disorders and somatic pathologies / E. Vial-Cholley // *Soins Psychiatrie*. - 2010. - № 268. - P. 9-16. - Режим доступу: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20540387>

7. Менделевич Б.Д. К вопросу о распространенности соматической патологии среди пациентов, страдающих психическими расстройствами /

Б.Д. Менделевич, А.М. Куклина // *Казанский медицинский журнал*. - 2012. - Т. 93. - № 3. - С. 532-534.

8. Мосолов С.Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств / С.Н. Мосолов. - М., 2001. - 238 с.

9. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning / P.L. Morosini, L. Magliano, L. Brambilla, S. Ugolini, R. Pioli // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. - 2000. - №101. - P. 323-329.

10. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual / J.E. Ware, M. Kosinski, S.D. Keller // The Health Institute, New England Medical Center. - Boston, Mass. - 1994. - 238 p.

11. Метод прогнозирования медикаментозного комплайенса в психиатрии. Методические рекомендации / Н.Б. Лутова, А.В. Борцов, А.Я. Вукс, В.Д. Вид // СПб НИПНИ им. Бехтерева. - 2007. - 26 с.