

REFERENCES

1. Makarevich AE. [To the problem of clinical phenotypes of chronic obstructive pulmonary disease]. *Praktikuyuchiy likar*. 2016;3:57-67. Ukrainian.
2. Agusti A. What does endotyping mean for treatment in chronic obstructive pulmonary disease? *Lancet*. 2017;390(10098):980-7.
3. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) The Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (2018 report). [Internet]. Available from: <http://www.goldcopd.org>
4. Kang MJ, Choi JM, Kim BH, Lee CM, Cho WK, Choe G, Kim DH, Lee CG, Elias JA. IL-18 induces emphysema and airway and vascular remodeling via IFN- γ , IL-17A, and IL-13. *Am. J. Respir. Crit. Care Med*. 2012;185(11):1205-17.
5. Yin HL, Yin SQ, Lin QY, Xu Y, Xu HW, Liu T. Prevalence of comorbidities in chronic obstructive pulmonary disease patients. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96(19):e6836. doi: 10.1097/MD.0000000000006836
6. Russell DW, Wells JM, Blalock JE. Disease phenotyping in chronic obstructive pulmonary disease: the neutrophilic endotype. *Curr. Opin. Pulm. Med*. 2016;22(2):91-99.

Стаття надійшла до редакції
27.06.2018



УДК616.895.8-071

<https://doi.org/10.26641/2307-0404.2018.3.147954>

Є.В. Опря

**КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНІ
ОЗНАКИ-МАРКЕРИ ШИЗОФРЕНІЇ,
ЩО ПОЄДНАНА З ХРОНІЧНОЮ
СОМАТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**

*Одеський національний медичний університет
вул. Воробійова, 9, Одеса, 65082, Україна
Odesa National Medical University
Vorobjov str., 9, Odesa, 65082, Ukraine
e-mail: yoprya@yahoo.com*

Ключові слова: клініко-психопатологічні ознаки, діагностичний коефіцієнт, шизофренія, серцево-судинні захворювання, цукровий діабет 2-го типу, ожиріння

Ключевые слова: клинико-психопатологические признаки, диагностический коэффициент, шизофрения, сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет 2-го типа, ожирение

Key words: clinical-psychopathological signs, diagnostic ratio, schizophrenia, cardiovascular diseases, diabetes mellitus type II, obesity

Реферат. Клинико-диагностические признаки-маркеры шизофрении, сочетанной с хронической соматической патологией. Опря Е.В. С целью определения клинико-психопатологических признаков шизофрении, сочетанной с соматическими расстройствами, обследовано 186 больных шизофренией (50 больных шизофренией с сердечно-сосудистыми заболеваниями; 42 больных шизофренией с сахарным диабетом 2-го типа; 44 больных шизофренией с ожирением и 50 больных шизофренией без хронических соматических заболеваний). В качестве инструментария исследования использованы клинико-психопатологический метод (анализ анамнеза, жалоб и состояния пациента), который дополнялся шкалой положительной и негативной симптоматики (PANSS). В ходе исследования проведен частотный анализ социодемографических данных, общих клинических характеристик эндогенного процесса, а также особенностей клинико-психопатологических проявлений шизофрении у больных с указанными соматическими заболеваниями по процедуре последовательного статистического анализа. Выделены конкретные диагностические клинико-

психопатологічні ознаки-маркери ризику та антиризика поєднання шизофренії з позначеними варіантами соматичних розладів. В якості найбільш інформативних ознак ризику серцево-судинних розладів встановлено: тривалість психотичного розладу більше 15 років; наявність депресивних симптомів середньої та вищої ступеню вираженості; тривожності вищої ступеню вираженості; іпохондричних ідей в середній та вищій ступеню вираженості; вживання психоактивних речовин в анамнезі та емоційна відчуженість вищої слабкої ступеню вираженості. Надійну диференціацію ризику цукрового діабету 2 типу у хворих шизофренією забезпечують наступні ознаки: відсутність професійної зайнятості; наявність симптомів збудження середньої та вищої ступеню вираженості. Найбільш інформативними ознаками ризику ожиріння при шизофренії виступають: відсутність професійної зайнятості; соціальна ізоляція; наявність пасивно-апатичної соціальної відстороненості середньої та вищої ступеню вираженості.

Abstract. Clinical-diagnostic signs of schizophrenia, comorbid with chronic somatic pathology. Oprya Y.V. In order to determine the clinical and psychopathological signs of schizophrenia, combined with somatic disorders, 186 schizophrenic patients (50 schizophrenic patients with cardiovascular diseases; 42 schizophrenic patients with diabetes type 2, 44 schizophrenic patients with obesity and 50 schizophrenic patients without chronic somatic diseases) were examined. As a research tool the clinico-psychopathological method (analysis of medical history, complaints and condition of the patient) was used, which was supplemented by the scale of positive and negative symptoms (PANSS). In the course of the study, a frequency analysis of socio-demographic data, general clinical characteristics of the endogenous process, as well as features of clinical and psychopathological manifestations of schizophrenia in patients with these somatic diseases were performed in accordance with the procedure of consistent statistical analysis. Specific diagnostic clinical-psychopathological sign-risk markers and anti-risk combinations of schizophrenia with marked variants of somatic disorders have been identified: the duration of psychotic disorder more than 15 years; the presence of depressive symptoms of moderate and higher severity; anxiety higher than moderate; hypochondria ideas of moderate and higher degree; abuse of psychoactive substances in history and emotional alienation above the weak level of expressiveness were established: as the most informative signs of the risk of cardiovascular disorders. The reliable differentiation of the risk of diabetes mellitus type II in patients with schizophrenia is provided by the following features: lack of professional employment; presence of symptoms of moderate and higher levels of excitation; duration of psychotic disorder more than 15 years; and disturbance of attention to a moderate and higher degree of expressiveness. The most informative signs of the risk of obesity in schizophrenia are: lack of professional employment; social isolation; the presence of passive-apathy social isolation of moderate and higher severity.

Шизофренія є одним з найбільш інвалідуючих психічних розладів, негативні наслідки якої виявляються не тільки порушеннями в психічній сфері, а й у великій кількості та частоті інтеркурентних шизофренії соматичних розладів. Так, 58% пацієнтів з шизофренією мають як мінімум одне соматичне захворювання, а в 9% їх діагностується чотири та більше [6]. Саме соматичні захворювання є причиною зниження тривалості життя, яка у хворих на шизофренію на 20% коротша порівняно із загальною популяцією населення [5]. Найпоширенішими варіантами соматичної патології при шизофренії визнані серцево-судинні захворювання, зокрема ішемічна хвороба серця, кардіоміопатія, порушення серцевого ритму, цукровий діабет (особливо II типу) та ожиріння [2, 4-10]. Причини високої розповсюдженості даних соматичних розладів при шизофренії вбачають у специфіці самого психотичного розладу та метаболічних побічних ефектах антипсихотичної терапії [2, 9]. Зазначається, що поєднане існування шизофренії та соматичних розладів призводить до взаємної трансформації клінічної картини і значно ускладнює терапію як соматичної патології, так і

шизофренії [10]. При цьому питання специфіки клінічного оформлення шизофренії, що поєднана із соматичною патологією, недостатньо висвітлено, особливого значення набуває необхідність визначення конкретних клінічних ознак-маркерів шизофренії, що поєднана із соматичною патологією з метою підвищення якості їх діагностики, профілактики та лікування.

Мета – визначити клініко-психопатологічні ознаки шизофренії, що свідчать про її поєднання із соматичними захворюваннями.

Обстежено 186 хворих на шизофренію (F20), з яких основні групи дослідження склали 136 осіб (50 хворих на шизофренію із серцево-судинними захворюваннями (ССЗ), 42 хворих на шизофренію з цукровим діабетом 2-го типу (ЦД-2) та 44 хворих на шизофренію з ожирінням), контрольну групу представили 50 хворих на шизофренію без хронічних соматичних захворювань.

Загальними критеріями включення в дослідження для всіх досліджуваних груп були: наявність верифікованого діагнозу шизофренії (F20) відповідно до критеріїв МКХ-10; тривалість захворювання на шизофренію не менше 3-х років; вік хворого до 60 років; здатність

пацієнтів брати участь у дослідженні, адекватно розуміти вимоги та інструкції, що пред'являються відповідно до завдань дослідження; наявність інформованої згоди на участь у дослідженні. У дослідження не включались особи з органічними захворюваннями ЦНС, з наявністю виразних когнітивних та психопатологічних порушень, що ускладнюють засвоєння та виконання інструкцій, а також особи, стан яких відповідав критеріям постшизофренічної депресії (F20.4).

В основні досліджувані групи (з наявністю соматичних розладів) залучались хворі на шизофренію з компенсованими варіантами соматичних захворювань. Наявність соматичних захворювань встановлювалась за результатами висновків спеціалістів соматичного профілю та підтверджувалась даними відповідних амбулаторних або стаціонарних досліджень. Тривалість соматичних захворювань повинна була складати не менше 3-х років. У 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 (ІМТ <30) та без інших хронічних соматичних захворювань, що коморбідні ЦД-2. Групу хворих з ожирінням склали хворі з індексом маси тіла $ІМТ \geq 30$ (англ. *body mass index* (BMI)). Наявність коморбідних ожирінню соматичних захворювань, що були сформовані на фоні ожиріння, для хворих цієї групи не була критерієм виключення.

В якості методів були використані: клініко-психопатологічний метод, що включав аналіз анамнезу, скарг та стану пацієнта і доповнювався клінічною рейтинговою шкалою позитивної та негативної симптоматики (Positive and Negative Syndrome Scale - PANSS) [3]. При статистичній обробці даних проведено частотний аналіз за групами порівняння з використанням процедури послідовного статистичного аналізу (процедура Вальда в модифікації Гублера) [1].

У ході дослідження проаналізовані основні соціодемографічні характеристики хворих, етіологічні фактори (спадкова обтяженість психічною патологією, наявність перинатальної патології, черепно-мозкових травм, зловживань психоактивними речовинами), загальні клінічні особливості ендогенного процесу (вік манифестації, тривалість, форма та тип течії), а також особливості клініко-психопатологічних проявів шизофренії у хворих виділених груп.

Проведено частотний аналіз досліджуваних характеристик для кожної з основних груп

порівняно з контрольною за процедурою послідовного статистичного аналізу. Отримані результати відображені в таблицях 1, 2 та 3, де наведені лише статистично значущі ознаки, частоти представленості яких у групах порівняння достовірно відрізнялись ($p \leq 0,05$). У зазначених таблицях дані розташовані в порядку зменшення їх інформативності.

Згідно з отриманими даними, в усіх досліджуваних групах ні одна з виділених ознак не досягає критичного рівня ($ДК \geq 13$), тому достовірність диференціації можлива лише за сукупністю виділених ознак, що підсумовуються в порядку зменшення їх міри інформативності. Знак (+ або -) ДК залежить від співвідношення осіб, що є носіями відповідних ознак у групах порівняння, та від порядку розташування груп при порівнянні. У представленій роботі негативні значення ДК свідчать про те, що ця ознака властива хворим на шизофренію з поєднаною соматичною хворобою, а позитивні показники ДК, навпаки, – про її нехарактерність, тому визначені характеристики можна розглядати в першому випадку в якості маркерів ризику соматичної патології, а в другому – антиризик формування соматичних захворювань у хворих на шизофренію.

Так, достовірну диференціацію наявності ССЗ у хворих на шизофренію забезпечує щонайменше сукупність перших шести ознак, що є найбільш інформативними (табл. 1): тривалість психотичного розладу понад 15 років ($ДК = -2,55$; $МІ = 0,31$); наявність депресивної симптоматики ($G6 \geq 4$) помірного та вище ступеня вираженості ($ДК = -2,39$; $МІ = 0,26$); тривожності ($G2 \geq 5$) вищої за помірний рівень ($ДК = -2,60$; $МІ = 0,23$); іпохондричних ідей ($G1 \geq 4$) помірного та вище ступеня ($ДК = -1,7$; $МІ = 0,19$); зловживання в анамнезі психоактивними речовинами ($ДК = -2,5$; $МІ = 0,17$); емоційна відчуженість ($N2 > 3$) вища за слабкий рівень вираженості ($ДК = -2,08$; $МІ = 0,17$). Представленість інших ознак може значно збільшити рівень диференціації наявності ССЗ до $p \leq 0,01$.

Маркери антиризик (відсутності) ССЗ у хворих на шизофренію виявилися більш інформативними. Найінформативнішим фактором антиризик ССЗ виявився віковий фактор (вік до 30 років) ($ДК = 5,23$; $МІ = 0,37$). Загалом, достовірний рівень диференціації відсутності ССЗ може бути досягнуто вже при сукупній наявності лише перших чотирьох ознак: вік хворого до 30 років ($ДК = 5,23$; $МІ = 0,37$); відсутність або мінімальна вираженість ознак депресивної симптоматики ($G6 \leq 2$; $ДК = 3,98$; $МІ = 0,37$); кількість госпіталізацій не більше однієї на рік ($ДК = 2,52$; $МІ = 0,28$);

відсутність або мінімальна вираженість ознак тривожності ($G6 \leq 2$) ($DK=3,31$; $MI=0,26$). Наяв-

ність інших ознак також може збільшити рівень диференціації антиризиків ССЗ до $p \leq 0,01$.

Таблиця 1

Клініко-психопатологічні ознаки-маркери шизофренії, що поєднана з ССЗ

Ознаки-маркери	Градация ознаки	p^1	DK ²	MI ³
Маркери ризику (наявності) ССЗ				
Тривалість психотичного розладу понад 15 років	+	0,0086	-2,55	0,31
Депресивна симптоматика (G6) помірного та вище ступеня вираженості	$\geq 4^4$	0,0136	-2,39	0,26
Тривожність (G2) вище помірного ступеня вираженості	$\geq 5^4$	0,0265	-2,60	0,23
Іпохондричні ідеї (G1) помірного та вище ступеня вираженості	$\geq 4^4$	0,0140	-1,70	0,19
Зловживання ПАР в анамнезі	+	0,05	-2,5	0,17
Емоційна відчуженість (N2) вища за слабкий рівень вираженості	$> 3^4$	0,0411	-2,08	0,17
Дві та більше госпіталізацій за рік	+	0,0132	-1,58	0,17
Відсутність професійної зайнятості	+	0,0421	-1,96	0,16
Безперервний тип перебігу	+	0,0441	-1,67	0,13
Галюцинаторна поведінка (P3) вища за помірний рівень вираженості	$> 4^4$	0,0411	-1,06	0,08
Вік старше 30 років	+	0,0283	-0,70	0,05
Загальний рівень диференціації та інформативності (за сукупністю ознак - $\sum DK$ і $\sum MI$)		$\leq 0,01$	20,79	1,92
Маркери антиризиків (відсутності) ССЗ				
Вік до 30 років	+	0,0283	5,23	0,37
Відсутність або мінімальна вираженість ознак депресивної симптоматики (G6)	$\leq 2^4$	0,0175	3,98	0,36
Не більше однієї госпіталізації за рік	+	0,0132	2,52	0,28
Відсутність або мінімальна вираженість ознак тривожності (G6)	$\leq 2^4$	0,0307	3,31	0,26
Тривалість психотичного розладу менше 15 років	+	0,0052	2,02	0,26
Наявність соціальних зв'язків з членами власної родини (чоловік/дружина, діти, онуки)	+	0,0086	1,82	0,22
Наявність соціальних зв'язків з друзями та знайомими	+	0,0447	1,53	0,12
Інші, ніж безперервний, типи перебігу шизофренії	+	0,0441	1,21	0,10
Загальний рівень диференціації та інформативності (за сукупністю ознак - $\sum DK$ і $\sum MI$)		$< 0,01$	21,62	1,97

Примітки: ¹ – вірогідність відмінностей, ² – діагностичний коефіцієнт, ³ – міра інформативності, ⁴ – бали за шкалою PANSS

Можливість диференціації наявності (ризиків) ЦД-2 у хворих на шизофренію виявилась більш високою ($\sum DK = -24,89$; $\sum MI = 2,65$; $p < 0,01$) порівняно з диференціацією відсутності (антиризиків) СД-2 ($\sum DK = -16,51$; $\sum MI = 1,67$; $p < 0,05$). Так, достовірна диференціація (на рівні $p \leq 0,05$) наявності (ризиків) ЦД-2 у хворих на шизофренію можлива вже при наявній сукупності перших

чотирьох ознак, що представлені в таблиці 2: відсутність професійної зайнятості ($DK = -3,28$; $MI = 0,52$); наявність симптомів збудження ($P4 \geq 4$) помірного та вище рівня ($DK = -3,13$; $MI = 0,36$); тривалість психотичного розладу понад 15 років ($DK = -2,61$; $MI = 0,32$) та порушення уваги ($G11 \geq 4$) помірного та вище ступеня вираженості ($DK = -3,77$; $MI = 0,31$). Наявність додаткових

ознак-маркерів ризику ЦД-2, представлених у таблиці 2, може збільшити достовірність рівня диференціації до $p < 0,01$. Для диференціації ж відсутності (антиризик) ЦД-2 у хворих на шизофренію необхідна сукупність щонайменше перших шести ознак: професійна зайнятість (ДК=2,39; МІ=0,33); відсутність або мінімальна

вираженість ознак депресивної симптоматики (G6 \leq 2) (ДК=4,01; МІ=0,29); тривалість психотичного розладу до 15 років (ДК=2,13; МІ=0,29); кількість госпіталізацій не більше однієї на рік (ДК=2,43; МІ=0,26); інші, ніж безперервний, типи перебігу шизофренії (ДК=1,64; МІ=0,17).

Таблиця 2

Клініко-психопатологічні ознаки-маркери шизофренії, що поєднана з ЦД-2

Ознаки-маркери	Градація ознаки	p ¹	ДК ²	МІ ³
Маркери ризику (наявності) ЦД-2				
Відсутність професійної зайнятості	+	0,0017	-3,28	0,52
Збудження (P4) помірного та вище рівня	$\geq 4^4$	0,0112	-3,13	0,36
Тривалість психотичного розладу понад 15 років	+	0,0098	-2,61	0,32
Порушення уваги (G11) помірного та вище ступеня вираженості	$\geq 4^4$	0,0299	-3,77	0,31
Імпульсивність (G14) слабкого та помірного ступеня вираженості	$\geq 3^4$	0,0479	-2,87	0,21
Безперервний тип перебігу	+	0,0233	-2,07	0,21
Галюцинаторна поведінка (P3) вища за помірний рівень вираженості	$> 4^4$	0,0191	-1,90	0,21
Іпохондричні ідеї (G1) помірного та вище ступеня вираженості	$\geq 4^4$	0,0372	-1,94	0,17
Депресивна симптоматика (G6) помірного та вище ступеня вираженості	$\geq 4^4$	0,0317	-1,77	0,17
Дві та більше госпіталізацій на рік	+	0,0196	-1,55	0,17
Загальний рівень диференціації та інформативності (за сукупністю ознак - \sum ДК і \sum МІ)		$< 0,01$	-24,89	2,65
Маркери антиризик (відсутності) ЦД-2				
Професійна зайнятість (повний або неповний робочий день)	+	0,0048	2,39	0,33
Відсутність або мінімальна вираженість ознак депресивної симптоматики (G6)	$\leq 2^4$	0,0431	4,01	0,29
Тривалість психотичного розладу до 15 років	+	0,0056	2,13	0,29
Не більше однієї госпіталізації на рік	+	0,0196	2,43	0,26
Інші, ніж безперервний, типи перебігу шизофренії	+	0,0233	1,64	0,17
Наявність соціальних зв'язків з друзями та знайомими	+	0,0366	1,80	0,16
Наявність соціальних зв'язків з членами власної родини (чоловік/дружина, діти, онуки)	+	0,0389	1,26	0,11
Відсутність або мінімальна вираженість ознак імпульсивної поведінки (G14)	$\leq 2^4$	0,0479	0,85	0,06
Загальний рівень диференціації та інформативності (за сукупністю ознак - \sum ДК і \sum МІ)		$< 0,05$	16,51	1,67

Примітки: ¹ – вірогідність відмінностей, ² – діагностичний коефіцієнт, ³ – міра інформативності, ⁴ – бали за шкалою PANSS.

Клініко-психопатологічні ознаки-маркери шизофренії, що поєднана з ожирінням, як у випадку діагностики наявності (ризик), так і у випадку підтвердження відсутності (антиризик) поєд-

нання ожиріння з шизофренією, виявилися високдостовірними. За сукупністю ознак в обох випадках можлива достовірна диференціація на рівні $p < 0,001$. Однак рівень інформативності

ознак відсутності (антиризик) ожиріння виявився вищим ($\sum MI=3,96$), ніж рівень інформативності ознак наявності (ризик) ($\sum MI=2,8$). Для досягнення достовірної диференціації як наявності, так і відсутності поєднання шизофренії з ожирінням на рівні $p < 0,05$ достатньо сукупності трьох перших ознак з таблиці 3. Так, в якості найінформативніших ознак-маркерів наявності (ризик) ожиріння при шизофренії виступають: відсутність професійної зайнятості (ДК=-3,07; MI=0,44); соціальна ізоляція (ДК=-6,00; MI=0,36) та наявність пасивно-апа-

тичної соціальної відгородженості ($N4 \geq 4$) помірного та вище ступеня вираженості. Найінформативнішими ознаками відсутності (антиризик) ожиріння при шизофренії є: перебування у шлюбі (офіційному або цивільному) (ДК=6,65; MI=1,09); наявність соціальних зв'язків з друзями та знайомими (ДК=4,22; MI=0,71) та відсутність або мінімальна вираженість ознак депресивної симптоматики ($G6 \leq 2$) (ДК=3,06; MI=0,36). Наявність додаткових ознак, представлених у таблиці 3, значно підвищує рівень достовірності диференціації.

Таблиця 3

Клініко-психопатологічні ознаки-маркери шизофренії, що поєднана з ожирінням

Ознаки-маркери	Градация ознаки	p ¹	ДК ²	MI ³
Маркери ризику (наявності) ожиріння при шизофренії				
Відсутність професійної зайнятості	+	0,0031	-3,07	0,44
Соціальна ізоляція	+	0,0441	-6,00	0,36
Пасивно-апатична соціальна відгородженість (N4) помірного та вище ступеня вираженості	$\geq 4^4$	0,0328	-4,53	0,33
Тривалість психозу понад 15 років	+	0,0094	-2,60	0,32
Активний відхід від соціальних контактів (G16) помірного та вище ступеня вираженості	$\geq 4^4$	0,0257	-2,86	0,27
Зниження комунікабельності (N3) помірного та вище ступеня вираженості	$\geq 4^4$	0,0391	-2,99	0,24
Аутизація (G15) помірного та вище ступеня вираженості	$\geq 4^4$	0,0394	-2,77	0,22
Рухова загальмованість (G7) слабкого та вище ступеня вираженості	$\geq 3^4$	0,0394	-2,60	0,21
Емоційна відчуженість (N2) слабкого та вище ступеня вираженості	$\geq 3^4$	0,0394	-2,60	0,21
Депресивна симптоматика (G6) помірного та вище ступеня вираженості	$\geq 4^4$	0,0387	-2,32	0,20
Загальний рівень диференціації та інформативності (за сукупністю ознак - $\sum DK$ і $\sum MI$)		<0,001	32,34	2,8
Маркери антиризик (відсутності) ожиріння при шизофренії				
Перебування у шлюбі (офіційному або цивільному)	+	0,0002	6,65	1,09
Наявність соціальних зв'язків з друзями та знайомими	+	0,0006	4,22	0,71
Відсутність або мінімальна вираженість ознак депресивної симптоматики (G6)	$\leq 2^4$	0,0109	3,06	0,36
Наявність соціальних зв'язків з членами власної родини (чоловік/дружина, діти, онуки)	+	0,0030	2,33	0,34
Неприродність змісту мислення (G9) помірного та вище ступеня вираженості	$\geq 4^4$	0,0359	4,22	0,31
Професійна зайнятість (повний або неповний робочий день)	+	0,0087	2,08	0,26
Відсутність або мінімальна вираженість ознак аутизації (G15)	$\leq 2^4$	0,0294	2,07	0,26
Маніфестація шизофренії після 30 років	+	0,0381	3,04	0,24
Тривалість психозу до 15 років	+	0,0094	1,88	0,23
Відсутність або мінімальна вираженість ознак емоційної відчуженості (N2)	$\leq 2^4$	0,0394	0,99	0,08
Відсутність або мінімальна вираженість ознак рухової загальмованості (G7)	$\leq 2^4$	0,0394	0,99	0,08
Загальний рівень диференціації та інформативності (за сукупністю ознак - $\sum DK$ і $\sum MI$)		<0,001	31,53	3,96

Примітки: ¹ – вірогідність відмінностей, ² – діагностичний коефіцієнт, ³ – міра інформативності, ⁴ – бали за шкалою PANSS.

Таким чином, отримані дані свідчать, що клініко-психопатологічні ознаки шизофренії можуть представляти собою маркери ризику та антиризичу формування (наявності) певних

соматичних захворювань і повинні враховуватись у профілактичних цілях у ході терапії хворих на шизофренію.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гублер Е.В. Математические методы анализа и распознавания патологических процессов / Е.В. Гублер. – Л. : Медицина, 1978. – 294 с.
2. 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.
3. Мосолов С.Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств / С.Н. Мосолов. – Москва. – 2001. – 238 с.
4. Ревенок О.А. Особенности сопутствующей соматической патологии у больных параноидной шизофренией / О.А. Ревенок, Я.Ю. Марункевич // Архив психиатрии. – 2014. – Т. 79, № 4. – С. 75-79.
5. Семке А.В. Соматические расстройства при шизофрении / А.В. Семке, Ю.Л. Мальцева. – Томск, 2009. – 180 с.
6. Тюркина Т.А. Сопутствующие соматические заболевания у больных шизофренией / Т.А. Тюркина // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – Т. 62, № 5. – С. 47-49.
7. Харчук Е.В. Когнітивні порушення при шизофренії та гіпертонічній хворобі: короткий огляд / Е.В. Харчук // Архив психиатрии. – 2012. – Т. 18, № 3. – С. 17-18.
8. Meetoo D. Dangerous liaisons: The relationship between schizophrenia and diabetes / D. Meetoo // J. Diabetes Nursing. – 2013. – N 17. – P. 104-111.
9. Physical Health and Schizophrenia / David J. Castle, Peter F. Buckley, Fiona P. Gaughran // Oxford University Press. – 2017. – P. 136.
10. Tandon R. Medical comorbidities of schizophrenia / R. Tandon // Digest of Psychiatry. – 2013. – Vol. 42, N 3. – P. 51-55.

REFERENCES

1. Gubler EV [Mathematical methods of analysis and recognition of pathological processes]. Medicina. 1978;294. Russian.
2. Mendeleevich BD, Kuklina AM. [On the issue of the prevalence of somatic pathology among patients suffering from mental disorders]. Kazanskij medicinskij zhurnal. 2012;3:532-4. Russian.
3. Mosolov SN. [Scales of psychometric assessment of schizophrenia symptoms and the concept of positive and negative disorders]. Moskva. 2001;238. Russian.
4. Revenok OA, Marunkevich YY [Features of concomitant somatic pathology in patients with paranoid schizophrenia]. Arxiv psikiatrii. 2014;4:75-79. Russian.
5. Semke AV, Mal'ceva YL. [Somatic disorders in schizophrenia]. Sibirskii vestnik psikiatrii i narkologii. 2009;3:42-44. Russian.
6. Tyurkina TA. [Concomitant somatic diseases in patients with schizophrenia]. Sibirskii vestnik psikiatrii i narkologii. 2010;5:47-49. Russian.
7. Xarchuk EV. [Cognitive impairments in schizophrenia and hypertension: a brief overview]. Arxiv psikiatrii. 2012;3(18):17-18. Ukrainian.
8. Meetoo D. Dangerous liaisons: The relationship between schizophrenia and diabetes. Journal of Diabetes Nursing. 2013;17:111-14.
9. Castle DJ, Buckley PF, Gaughran FP. Physical Health and Schizophrenia. Oxford University Press. 2017;136.
10. Tandon R. Medical comorbidities of schizophrenia. Digest of Psychiatry. 2013;3(42):55-51.

Стаття надійшла до редакції
31.05.2018

