

Клиническая динамика и социальная адаптация у пациентов с шизофренией и сопутствующим метаболическим синдромом

В.В. Дубровская¹, Е.Г. Корнетова^{1,2}, А.В. Семке^{1,2}, С.А. Иванова¹, М.Б. Аржаник², Н.Э. Головаха²

¹ Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия

² ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Новосибирск, Россия

РЕЗЮМЕ.

Цель исследования — изучение динамики клинических проявлений и социальной адаптации у пациентов с шизофренией с сопутствующим метаболическим синдромом.

Материалы и методы. В исследование включены сплошным методом 150 больных с верифицированным диагнозом «шизофрения» по МКБ-10, проходивших стационарное лечение в клинике НИИ психического здоровья в 2018 г. Все пациенты получали базисную терапию атипичными и конвенциональными антипсихотическими препаратами в одобренных Минздравом России средних терапевтических дозах в течение 6 недель, за исключением клозапина. Измерения объема талии, артериального давления и оценку биохимических показателей использовали для верификации метаболического синдрома на основании критериев IDF (Международной диабетической ассоциации). Адаптационные возможности пациентов оценивали с помощью Шкалы самооценки социальной адаптации (SSAS). Для оценки клинических проявлений шизофрении применяли Шкалу позитивных и негативных синдромов (PANSS).

Результаты. По результатам оценки социальной адаптации выявлен более высокий уровень субъективной удовлетворенности качеством жизни у пациентов с сопутствующим метаболическим синдромом, по объективным показателям социальной адаптации (социальный статус, семейное положение, уровень образования) различий между подгруппами пациентов не выявлено. По результатам психометрической оценки динамики клинических симптомов у пациентов с шизофренией и сопутствующим метаболическим синдромом выявлен более низкий темп редукции позитивной и негативной симптоматики в процессе антипсихотической терапии.

Выводы. Метаболический синдром — это комплекс факторов риска сердечно-сосудистых расстройств, усугубляющий клинические проявления шизофрении и отрицательно сказывающийся на эффективности психофармакотерапии. Наличие метаболического синдрома, вероятно, не связано с уровнем социальной адаптации у пациентов в короткий период наблюдения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: шизофрения, психофармакотерапия, социальная адаптация, метаболический синдром.

КОНТАКТ: Vika.dubrovskaya.vd@gmail.com

Введение

Основным методом лечения шизофрении в настоящее время является психофармакотерапия антипсихотическими препаратами, при этом с каждым годом увеличивается удельный вес использования атипичных антипсихотиков (АА) по отношению к антипсихотикам первого поколения. АА имеют значительные преимущества по сравнению с конвенциональными нейролептиками, так как реже вызывают двигательные нежелательные эффекты, улучшают когнитивные функции [1] и способны воздействовать на негативную симптоматику шизофрении [2], что в целом способствует повышению социальной адаптации пациентов и улучшению качества жизни [3]. Однако применение АА приводит к ряду нежелательных явлений, среди которых основными являются метаболические нарушения, дислипидемия, артериальная гипертензия, сахарный диабет второго типа, гиперпролактинемия [4–6].

Комплекс метаболических расстройств в виде дислипидемии, нарушений обмена глюкозы, ожирения с гипертонической болезнью объединен понятием метаболического синдрома (МС) [7]. Безусловно, среди причин развития МС при шизофрении велик

вклад и проявлений основного расстройства: преимущественно апатико-абулической симптоматики, что лежит в основе малоподвижного образа жизни, нерационального питания, малой заинтересованности пациентов в собственном соматическом благополучии, вследствие чего происходит несвоевременное обращение к врачам общесоматической сети и невыполнение их рекомендаций [8]. Известно, что увеличение веса у пациентов с шизофренией сопряжено с меньшей эффективностью психофармакотерапии [9, 10], однако в научной литературе недостаточно данных о влиянии метаболического синдрома на эффективность антипсихотической терапии.

В последнее время значительная часть исследований шизофрении направлена на изучение и предотвращение метаболических побочных эффектов антипсихотической терапии: осуществляются исследования вероятности и частоты развития МС при применении различных антипсихотиков [11, 12], изучаются возможности нелекарственной коррекции МС [13], прослеживается связь с когнитивными нарушениями при шизофрении [14]. Вместе с тем недостаточно полно освещены вопросы социальной адаптации пациентов с шизофренией и сопутствующим МС.

Целью данного исследования было изучение динамики клинических проявлений и социальной адаптации у пациентов с шизофренией и сопутствующим МС.

Материалы и методы: Обследовано 150 пациентов с шизофренией, проходивших стационарное лечение в течение 6 недель в отделении эндогенных расстройств клиники НИИ психического здоровья Томского НИМЦ и Томской областной психиатрической больницы в 2018 г., принимавших антипсихотики в одобренных Минздравом России средних терапевтических дозах в течение 6 недель. При проведении исследования соблюдались принципы Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации, все пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании, которое было одобрено локальным этическим комитетом при НИИ психического здоровья ТНИМЦ (№ 99 от 17 апреля 2017 г.). Со всеми пациентами было проведено структурированное клиническое интервью SCID. В исследование были включены методом сплошного включения лица от 18 до 60 лет с давностью катамнеза заболевания не менее 1 года, состояние которых на момент обследования соответствовало диагностическим критериям шизофрении по МКБ-10. Измерение объема талии, артериального давления и оценка биохимических показателей использовали для верификации метаболического синдрома на основании критериев IDF (Международной диабетической ассоциации) [15]. Биохимический анализ крови проводили с определением содержания триацилглицеридов (ТГ), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), глюкозы. Забор крови осуществляли утром натощак после 12-часового голодания из локтевой вены в пробирки Vacuette-типа с активатором образования сгустка (SiO_2). В качестве исследуемого материала использовали сыворотку крови, получаемую по стандартной методике отделением эритроцитов центрифугированием (2000g, 20 мин при температуре +4 °C в центрифуге с охлаждением Orto Alresa Digicen 21R (Испания). Концентрацию ТГ определяли с использованием набора Liquick Cor-TG (Cormay, Польша), используя колориметрический, энзиматический метод с глицерофосфорной оксидазой. Содержание ЛПВП определяли ферментативным методом в супернатанте, полученном после осаждения липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) и липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП) путем добавления фосфорновольфрамовой кислоты в присутствии ионов магния с использованием набора CORMAY HDL (Cormay, Польша). Определение глюкозы в сыворотке крови выполняли энзиматическим, колориметрическим методом с оксидазой глюкозы при использовании набора Liquick Cor-GLUCOSE (Cormay, Польша).

Полученные данные вносили в Базисную карту формализованных социо-демографических и клинико-динамических признаков для больных шизофренией. Для оценки клинических проявлений шизофрении использовали Шкалу позитивных и негативных синдромов (PANSS) и структурированное клиническое интервью в адаптированной русской версии SCI-PANSS [16, 17]. Адаптационные возможности пациентов оценивали с помощью Шкалы самооценки

социальной адаптации (SSAS) [18], которая используется в том числе, при исследовании шизофрении [19]. Применение психометрических методик позволяет объективизировать клинико-психопатологическую оценку и является традиционным как для клинических, так и для комплексных исследований [20].

Полученные данные были формализованы с помощью таблиц и статистически обработаны. Статистическую обработку данных выполняли с использованием пакета стандартных прикладных программ Statistica for Windows (V 10.0). Применяли *t*-критерий Стьюдента с предварительной оценкой нормального распределения, χ^2 Пирсона, в том числе с поправкой Йейтса, а также двусторонний критерий Фишера, *U*-критерий Манна – Уитни для сравнения независимых выборок. За критический уровень значимости *p* при проверке гипотез был принят уровень 0,05 [21].

Результаты. В общей группе обследованных больных шизофренией с сопутствующим МС оказалось 63 человека, что составило 42 %, без МС – 87 человек (58 %), эти результаты подтверждают данные литературы о высокой распространенности МС у больных шизофренией.

В подгруппе пациентов с сопутствующим МС средний возраст составил 40 (33; 52) лет и оказался значимо выше ($p = 0,0008$) по сравнению с возрастом пациентов из подгруппы без метаболического синдрома – 34 (27; 43) года. В условиях сплошного наблюдательного исследования данные различия можно объяснить тем, что чем старше пациенты с шизофренией, тем они более уязвимы в отношении развития МС, что согласуется с данными литературы о нарастании частоты встречаемости МС среди здоровых лиц с возрастом [22].

В подгруппе пациентов с сопутствующим МС мужчин оказалось 38 (60,32 %), женщин – 25 (39,68 %); в подгруппе пациентов без МС мужчин было 44 (50,57 %), женщин – 43 (49,43 %); статистически значимых различий по полу в подгруппах не выявлено ($p = 0,1546$).

При анализе распределения ведущей психопатологической симптоматики по данным клинического интервью не было обнаружено значимых статистических различий в подгруппах. Так, пациентов с МС, у которых преобладала позитивная симптоматика, оказалось 26 (41,27 %); в подгруппе пациентов без МС – 33 (37,93 %) ($p = 0,4030$). Однако при психометрической оценке по PANSS были выявлены значимые различия. Средний общий балл по PANSS в подгруппе пациентов с МС составил 102 (92; 109); в подгруппе пациентов без метаболического синдрома – 94 (82; 104) ($p = 0,0078$), у больных с МС средний балл суммы негативных симптомов был выше, чем у больных без МС: 27 (23; 31) против 25 (21; 28), $p = 0,0167$.

Далее была проведена оценка динамики клинических проявлений в процессе антипсихотической терапии по PANSS.

В подгруппе пациентов с МС средний балл суммы продуктивных симптомов спустя 6 недель антипсихотической терапии составил 12,5 (10; 16); в подгруппе пациентов без метаболического синдрома средний

Таблица 1. Показатели динамики PANSS у пациентов с шизофренией в зависимости от наличия/отсутствия МС

Шкала PANSS	Пациенты с сопутствующим МС	Пациенты без МС	Уровень значимости <i>p</i>
Позитивные симптомы 1	20 (17; 25)	19 (14; 22)	0,0577
Позитивные симптомы 2	12,5 (10; 16)	10 (9; 14)	0,0269
Негативные симптомы 1	27 (23; 31)	25 (21; 28)	0,0167
Негативные симптомы 2	20 (17; 25)	18 (14; 22)	0,0455
Общие психопатологические симптомы 1	52 (44; 56)	48 (42; 54)	0,0839
Общие психопатологические симптомы 2	37 (27; 44)	33 (25; 42)	0,5501
Общий балл 1	102 (92; 109)	94 (82; 104)	0,0078
Общий балл 2	74 (57; 81)	63,5 (52; 81)	0,1226

Примечание. Цифрой 1 обозначено значение параметра при поступлении в клинику, цифрой 2 – спустя 6 недель антипсихотической терапии.

балл был ниже – 10 (9; 14) ($p = 0,0269$); у больных с МС средний балл суммы негативных симптомов также был выше, чем у больных без МС: 20 (17; 25) против 18 (14; 22), $p = 0,0455$. Таким образом, клиническая динамика у пациентов с шизофренией с сопутствующим МС на фоне антипсихотической терапии была значимо хуже, чем у пациентов без МС. Сравнительные результаты представлены в табл. 1.

Для субъективной оценки социальной адаптации использовали шкалу SSAS. С ее помощью было обследовано 119 пациентов, способных по состоянию зрения самостоятельно заполнить данный опросник. Между подгруппами пациентов с МС синдромом и без него были выявлены следующие значимые статистические различия ($p = 0,03914$): пациентов с МС средний балл составил 35 (29; 39), что указывает на преимущественно высокий уровень субъективной оценки социальной адаптации и качества жизни. У пациентов без МС средний балл был равен 30 (23; 38), что указывает на преимущественно низкий уровень субъективной оценки качества жизни и затрудненную социальную адаптацию.

Важными показателями социальной адаптации являются семейное положение, уровень образования и социальный статус пациентов.

Среди больных шизофренией с МС состоящих в официальном браке либо сожительствующих было 12 человек (19,05 %), а никогда не состоявших в браке, разведенных и вдовых – 51 человек (80,95 %); а среди пациентов без МС состоящих в официальном браке либо сожительствующих было 21 человек (24,14 %), а никогда не состоявших в браке, разведенных и вдовых – 66 человек (75,87 %); статистически значимых различий в подгруппах также не выявлено ($p = 0,4195$). Результаты представлены в таблице 2.

По уровню полученного образования состав подгрупп был следующим: в подгруппе пациентов с сопутствующим МС высшее образование имели 17 человек (26,98 %), неполное высшее – 11 (17,46 %), среднее специальное – 23 (36,51 %), среднее – 6 (9,52 %), неполное среднее – 3 (4,76 %), начальное – 3 (4,76 %); в подгруппе пациентов без МС высшим образованием обладали 28 человек (32,18 %), непол-

Таблица 2 Семейное положение пациентов с шизофренией в зависимости от наличия/отсутствия МС

Семейное положение	Пациенты с сопутствующим МС	Пациенты без МС
Официальный брак либо сожительствующие	12 (19,05 %)	21 (24,14 %)
Никогда не состоявшие в браке, разведенные и вдовы	51 (80,95 %)	66 (75,87 %)

Таблица 3. Уровень образования у пациентов с шизофренией в зависимости от наличия/отсутствия МС

Образование	Пациенты с сопутствующим МС	Пациенты без МС
Высшее	17 (26,98 %)	28 (32,18 %)
Неполное высшее	11 (17,46 %)	8 (9,20 %)
Среднее специальное	23 (36,51 %)	19 (21,84 %)
Среднее	6 (9,52 %)	22 (25,29 %)
Неполным среднее	3 (4,76 %)	6 (6,90 %)
Начальное	3 (4,76 %)	3 (3,45 %)

ным высшим – 8 (9,20 %), средним специальным – 19 (21,84 %), средним – 22 (25,29 %), неполным средним – 6 (6,90 %), начальным – 3 (3,45 %), без образования – 1 (1,15 %); статистически значимых различий в подгруппах не выявлено ($p = 0,0844$). Результаты наглядно представлены в таблице 3.

В подгруппе пациентов с МС работающих было 3 человека (4,76 %), студентов – 1 (1,59 %), безработных – 4 (6,35 %), инвалидов по психическому заболеванию – 54 человека (85,71 %), инвалидов по другим причинам – 1 (1,59 %); в подгруппе пациентов без МС работающих было 5 человек (5,75 %), безработных – 6 (6,90 %), инвалидов по психическому заболеванию – 74 (85,06 %), инвалидов по другим причинам – 2 (2,30%); статистически значимых различий

Таблица 4. Социальный статус пациентов с шизофренией в зависимости от наличия/отсутствия МС

Социальный статус	Пациенты с сопутствующим МС	Пациенты без МС
Работающие	3 (4,76 %)	5 (5,75 %)
Безработные	4 (6,35 %)	6 (6,90 %)
Студенты	1 (1,59 %)	0 (0 %)
Инвалиды по психическому заболеванию	54 (85,71 %)	74 (85,06 %)
Инвалиды по другим причинам	1 (1,59 %)	2 (2,30 %)

в подгруппах не обнаружено ($p = 0,8163$). При расспросе пациентов и их родственников выявлено, что все пациенты вели примерно одинаковый малоподвижный образ жизни и имели примерно одинаковый рацион питания. Результаты наглядно представлены в табл. 4.

Обсуждение полученных результатов. Исследование тяжести клинических проявлений шизофрении у пациентов при поступлении в клинику согласно психометрической оценке выявило большую выраженность симптоматики у пациентов с сопутствующим МС, что соответствует данным предыдущих исследований [6, 10]. Большая выраженность негативной симптоматики у группы пациентов с МС также подтверждает данные литературы о вероятностном вкладе в патогенез МС таких проявлений основного расстройства, как апатия и абулия [6]. Психометрическая оценка динамики психопатологических проявлений в процессе антипсихотической терапии выявила меньшую редукцию как позитивных, так и негативных симптомов шизофрении у пациентов с МС, что указывает на меньшую эффективность психофармакотерапии у этой группы больных.

Наличие МС у пациентов с шизофренией не связано с такими объективными показателями социальной адаптации, как уровень образования, социальный статус и семейное положение. Более высокий уровень самооценки социальной адаптации у пациентов с сопутствующим МС предположительно можно объяснить повышенным вниманием к ним со стороны родственников и врачей общесоматической сети (вследствие соматической отягощенности этих пациентов) и, соответственно, большей вовлеченностью этой группы пациентов в лечебный и реабилитационный процессы.

Выводы

Метаболический синдром – это комплекс факторов риска сердечно-сосудистых расстройств, усугубляющий клинические проявления шизофрении и отрицательно сказывающийся на эффективности психофармакотерапии [23]. Наличие метаболического синдрома, вероятно, не связано с уровнем социальной адаптации у пациентов в короткий период наблюдения. Учитывая потенциальную частичную обратимость компонентов метаболического синдрома, необходимо продолжать его дальнейшее изучение у пациентов с шизофренией, особенно на фоне приема отдельных антипсихотических препаратов. Изучение клинической динамики и социальной адаптации когорты пациентов с шизофренией, имеющих сопутствующий метаболический синдром, с рассмотрением отдельных его компонентов в условиях проводимой психофармакотерапии позволит разработать персонализированные лечебные и реабилитационные программы для данной группы больных.

Источник финансирования: исследование выполнено при поддержке гранта РНФ 18-15-00011 «Шизофрения, сочетанная с метаболическим синдромом: клинко-конституциональные факторы и молекулярные маркеры».

ЛИТЕРАТУРА

REFERENCES

1. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Зайцева Ю.С. Нейрокогнитивный дефицит у больных шизофренией // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2012. – № 2. – С. 75–78.
2. Salimi K., Jarskog L.F., Lieberman J.A. Antipsychotic drugs for first-episode schizophrenia: a comparative review // CNS Drugs. – 2009. – Oct. 23. – № 10. – P. 837–892.
3. Мосолов С.Н., Цукарзи З.Э., Капилетти С.Г. Антипсихотическая фармакотерапия шизофрении: от научных данных к клиническим рекомендациям // Биологические методы терапии психических расстройств. – М.: Социально-политическая мысль, 2012. – С. 11–61.
4. Vancampfort D. Risk of metabolic syndrome and its components in people with schizophrenia and related psychotic disorders, bipolar disorder and major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis // World Psychiatry. – 2015. – 14 (3). – P. 339–347.
5. Мосолов С.Н., Рыбкин П.В., Сердитов О.В., Ладыженский М.Я., Потанов А.В. Метаболические побочные эффекты современной антипсихотической фармакотерапии // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Т. 18, № 3. – С. 75–90.
6. Алфимов П.В., Рыбкин П.В., Ладыженский М.Я., Мосолов С.Н. Метаболический синдром у больных шизофренией (обзор литературы) // Современная терапия психических расстройств. – 2014. – № 3. – С. 8–14.
7. Samson S.L., Garber A.J. Metabolic syndrome // Endocrinol Metab Clin North Am. – 2014. – Mar. – Vol. 43 (1). – P. 1–23.
8. Мартынихин И.А. Метаболический синдром у больных шизофренией: распространенность, факторы риска, меры профилактики. Дисс. ... канд. мед. наук. – Санкт-Петербург, 2009.
9. Enez Darcin A., Yalcin Cavus S., Dilbaz N. et al. Metabolic syndrome in drug-naïve and drug-free patients with schizophrenia and in their siblings // Schizophr Res. – 2015. – Vol. 166, No. 1–3. – P. 201–206.
1. Gurovich I.Ya., Shmukler A.B., Zajceva Yu.S. Nejrokognitivnyj deficit u bol'ny'x shizofreniej // Nevrologiya, nejropsixiatriya, psixosomatika. – 2012. – № 2. – S. 75–78.
2. Salimi K., Jarskog L.F., Lieberman J.A. Antipsychotic drugs for first-episode schizophrenia: a comparative review // CNS Drugs. – 2009. – Oct. 23. – № 10. – P. 837–892.
3. Mosolov S.N., Czukarzi E' E', Kapiletti S.G. Antipsixoticheskaya farmakoterapiya shizofrenii: ot nauchny'x danny'x k klinicheskim rekomendacijam // Biologicheskie metody terapii psixicheskix rasstrojstv. – M.: Social'no-politicheskaya my' sl', 2012. – S. 11–61.
4. Vancampfort D. Risk of metabolic syndrome and its components in people with schizophrenia and related psychotic disorders, bipolar disorder and major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis // World Psychiatry. – 2015. – 14 (3). – P. 339–347.
5. Mosolov S.N., Ry'vkin P.V., Serditov O.V., Lady'zhenskij M.Ya., Potapov A.V. Metabolicheskie pobochnye e' efekty' sovremennoj antipsixoticheskoy farmakoterapii // Social'naya i klinicheskaya psixiatriya. – 2008. – T. 18, № 3. – S. 75–90.
6. Alfimov P.V., Ry'vkin P.V., Lady'zhenskij M.Ya., Mosolov S.N. Metabolicheskij sindrom u bol'ny'x shizofreniej (obzor literatury') // Sovremennaya terapiya psixicheskix rasstrojstv. – 2014. – № 3. – S. 8–14.
7. Samson S.L., Garber A.J. Metabolic syndrome // Endocrinol Metab Clin North Am. – 2014. – Mar. – Vol. 43 (1). – P. 1–23.
8. Marty'nixn I.A. Metabolicheskij sindrom u bol'ny'x shizofreniej: rasprostranennost', faktory riska, mery profilaktiki. Diss. ... kand. med. nauk. – Sankt-Peterburg, 2009.
9. Enez Darcin A., Yalcin Cavus S., Dilbaz N. et al. Metabolic syndrome in drug-naïve and drug-free patients with schizophrenia and in their siblings // Schizophr Res. – 2015. – Vol. 166, No. 1–3. – P. 201–206.

10. Тек Ц., Куцукгонцу С., Гулоксуз С., Вудкс С.В., Срихари В.Х., Аннамалай А. Индуцированная антипсихотиками прибавка в весе у пациентов с первым психотическим эпизодом: мета-анализ // Социальная и клиническая психиатрия. – 2016. – Т. 26, № 1. – С. 45–48.
11. Bellavia A., Centorrino F., Jackson J.W., Fitzmaurice G., Valeri L. The role of weight gain in explaining the effects of antipsychotic drugs on positive and negative symptoms: An analysis of the CATIE schizophrenia trial // Schizophr Res. – 2018. – Dec. 21. – DOI: 10.1016/j.schres.2018.12.006
12. de Hert M., van Winkel R., Van Eyck D., Hanssens L., Wampers M., Scheen A., Peuskens J. Prevalence of diabetes, metabolic syndrome and metabolic abnormalities in schizophrenia over the course of the illness: a cross-sectional study // Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH. – 2006. – Vol. 2 (1). – P. 14.
13. Koponen H.J., Hakko H.H., Saari K.M., Lindeman S.M., Karvonen K.M., Isohanni M.K., Lauren L.H., Savolainen M.J., Järvelin M.R. The prevalence and predictive value of individual criteria for metabolic syndrome in schizophrenia: a Northern Finland 1966 Birth Cohort Study // World J Biol Psychiatry. – 2010. – Vol. 11, No. 2. – P. 262–267.
14. Raben A.T., Marshe V.S., Chintoh A., Gorbovskaya I., Müller D.J., Hahn M.K. The Complex Relationship between Antipsychotic-Induced Weight Gain and Therapeutic Benefits: A Systematic Review and Implications for Treatment. Front Neurosci. – 2018, Jan 22. – Vol. 11. – P. 741.
15. The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome. International Diabetes Federation, 2006. – URL: https://idf.org/metabolic_syndrome, website of the International Diabetes Federation (accessed 07.08.2018).
16. Kay S.R., Opler L.A., Fiszbein A. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia // Schizophr Bull. – 1987. – Vol. 13. – P. 261–276.
17. Мосолов С.Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств. – М.: Новый цвет, 2001. – 238 с.
18. Bosc M., Dubini A., Polin V. The Social Adaptation Self-Evaluation Scale (SASS). European Neuropsychopharmacology. – 1997. – Vol. 7 (1). – P. 57–70.
19. Popp B.S., Manea M.M., Moraru M.O. Treatment adherence and social functioning in patients diagnosed with schizophrenia and treated with antipsychotic depot medication // Clujul Medical. – 2014. – Vol. 87 (2). – P. 109–121.
20. Марусин А.В., Корнетов А.Н., Сваровская М.Г., Вагайцева К.В., Павленюк Е.С., Степанов В.А. Ассоциация генов подверженности к алкоголизму, шизофрении и болезни Альцгеймера с психодиагностическими признаками в популяции русских // Бюллетень сибирской медицины. – 2016. – Т. 15, № 5. – С. 83–96.
21. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных: Применение пакета прикладных программ STATISTICA. – М.: МедиаСфера, 2006. 129 с.
22. Токарева З.Н., Мамедов М.Н., Деев А.Д., Евдокимова А.А., Оганов Р.Г. Распространенность и особенности проявлений метаболического синдрома во взрослой городской популяции // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2010. – Т. 9, № 1. – С. 4–9.
23. Кайдашев И. П. Эволюция понятия «метаболический синдром» и его современное значение. // Научные дискуссии. – 2012. – № 2 (88). – С. 157–160.
10. Tek Cz., Kucukgoncu S., Guloksuz S., Vudks S.V., Srixari V.X., Annamalai A. Inducirovannaya antipsixotikami pribavka v vese u pacientov s pervym psixoticheskim e`pizodom: meta-analiz // Social`naya i klinicheskaya psixiatriya. – 2016. – Т. 26, № 1. – С. 45–48.
11. Bellavia A., Centorrino F., Jackson J.W., Fitzmaurice G., Valeri L. The role of weight gain in explaining the effects of antipsychotic drugs on positive and negative symptoms: An analysis of the CATIE schizophrenia trial // Schizophr Res. – 2018. – Dec. 21. – DOI: 10.1016/j.schres.2018.12.006
12. de Hert M., van Winkel R., Van Eyck D., Hanssens L., Wampers M., Scheen A., Peuskens J. Prevalence of diabetes, metabolic syndrome and metabolic abnormalities in schizophrenia over the course of the illness: a cross-sectional study // Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH. – 2006. – Vol. 2 (1). – P. 14.
13. Koponen H.J., Hakko H.H., Saari K.M., Lindeman S.M., Karvonen K.M., Isohanni M.K., Lauren L.H., Savolainen M.J., Järvelin M.R. The prevalence and predictive value of individual criteria for metabolic syndrome in schizophrenia: a Northern Finland 1966 Birth Cohort Study // World J Biol Psychiatry. – 2010. – Vol. 11, No. 2. – P. 262–267.
14. Raben A.T., Marshe V.S., Chintoh A., Gorbovskaya I., Müller D.J., Hahn M.K. The Complex Relationship between Antipsychotic-Induced Weight Gain and Therapeutic Benefits: A Systematic Review and Implications for Treatment. Front Neurosci. – 2018, Jan 22. – Vol. 11. – P. 741.
15. The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome. International Diabetes Federation, 2006. – URL: https://idf.org/metabolic_syndrome, website of the International Diabetes Federation (accessed 07.08.2018).
16. Kay S.R., Opler L.A., Fiszbein A. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia // Schizophr Bull. – 1987. – Vol. 13. – P. 261–276.
17. Mosolov S.N. Shkaly` psixometricheskoy` ocenki simptomatiki shizofrenii i koncepciya pozitivny`x i negativny`x rasstrojstv. – M.: Novy`j cvet, 2001. – 238 s.
18. Bosc M., Dubini A., Polin V. The Social Adaptation Self-Evaluation Scale (SASS). European Neuropsychopharmacology. – 1997. – Vol. 7 (1). – P. 57–70.
19. Popp B.S., Manea M.M., Moraru M.O. Treatment adherence and social functioning in patients diagnosed with schizophrenia and treated with antipsychotic depot medication // Clujul Medical. – 2014. – Vol. 87 (2). – P. 109–121.
20. Bosc M., Dubini A., Polin V. The Social Adaptation Self-Evaluation Scale (SASS). 20. Marusin A.V., Kornetov A.N., Svarovskaya M.G., Vagajceva K.V., Pavlenyuk E.S., Stepanov V.A. Associaciya genov podverzhenosti k alkogolizmu, shizofrenii i bolezni Al`czgejmera s psixodiagnosticheskimi priznakami v populyacii russkix // Byulleten` sibirskoj mediciny`. – 2016. – Т. 15, № 5. – С. 83–96.
21. Rebrova O.Yu. Statisticheskij analiz medicinskix dannyx: Primenenie paketa prikladny`x program STATISTICA. – M.: MediaSfera, 2006. 129 c.
22. Tokareva Z.N., Mamedov M.N., Deev A.D., Evdokimova A.A., Oganov R.G. Rasprostranennost` i osobennosti proyavlenij metabolicheskogo sindroma vo vzosroly gorodskoj populyacii // Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika. – 2010. – Т. 9, № 1. – С. 4–9.
23. Kajdashev I. P. E`voluciya ponyatiya «metabolicheskij sindrom» i ego sovremennoe znachenie. // Nauchny`e diskussii. – 2012. – № 2 (88). – С. 157–160.

The Impact of Concomitant Metabolic Syndrome in Patients with Schizophrenia on Clinical Dynamics and Social Adaptation

V.V. Dubrovskaya¹, E.G. Kornetova^{1, 2}, A.V. Semke^{1, 2}, S.A. Ivanova¹, M.B. Arzhanik², N.E. Golovakha²

¹ Mental Health Research Institute Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia

² Federal State Budgetary Institution of Higher Education "Siberian State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation, Novosibirsk, Russia

SUMMARY:

Purpose: Studying the effect of metabolic disorders on the dynamics of schizophrenia and the development of social changes in patients with schizophrenia with concomitant MS.

Materials and methods. The study included 150 patients with schizophrenia with a verified diagnosis of schizophrenia according to ICD-10, undergoing inpatient treatment at the clinic of the Mental Health Research Institute. All patients receive basic therapy using conventional and atypical antipsychotic drugs at recommended therapeutic doses for 6 weeks. Measurements of morbidity, blood pressure and biochemical indicators were used to reliably diagnose IDF metabolic syndromes. Patients' adaptive capacities are assessed using the social adaptation self-assessment scale (SSAS). The scale of positive and negative syndromes (PANSS) was used to assess the clinical manifestations of schizophrenia.

Results. According to the results of the assessment of social adaptation, it was revealed that there were no differences between the subgroups of patients. According to the results of psychometric assessment of the dynamics of clinical symptoms in patients with schizophrenia and the accompanying metabolic syndrome, lower rates of reduction of positive and negative symptoms in the process of antipsychotic therapy were revealed.

Conclusion. Metabolic syndrome is a complex of concomitant somatic disorders that aggravate the clinical manifestations of schizophrenia and adversely affect the effectiveness of psychopharmacotherapy. Probably, the presence of metabolic syndrome does not adversely affect the level of social adaptation of patients.

KEYWORDS: schizophrenia, psychopharmacotherapy, social adaptation, metabolic syndrome

CONTACT: Vika.dubrovskaya.vd@gmail.com