

УДК 61.616-009

К.С. БАЙМАГАНБЕТОВА<sup>1</sup>, К.С. БАЙГОНОВА<sup>2</sup><sup>1</sup>Центр оказания специальных социальных услуг №1, г. Алматы, Республика Казахстан,<sup>2</sup>Казахский национальный университет им. Аль-Фараби, г. Алматы, Республика Казахстан

## КЛИНИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ЗА БОЛЬНЫМИ ШИЗОФРЕНИЕЙ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ХРОНИЧЕСКИМИ НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ



Баймаганбетова К.С.

В статье представлены клинические данные наблюдений за больными шизофренией с затяжными приступами на фоне различных соматических заболеваний.

**Цель исследования.** Анализ состояния больных психическими заболеваниями на фоне других неинфекционных хронических соматических болезней.

**Материал и методы.** Клинический мониторинг (осмотр, наблюдение, анализ данных медицинских карт). Для клинических наблюдений были отобраны шестеро больных с диагнозом: шизофрения (длительность болезни свыше 10 лет), с затяжными приступами на фоне часто встречающихся хронических неинфекционных заболеваний. Методы исследования: осмотр, наблюдение, клико-патологический, лабораторно-инструментальный.

**Результаты и обсуждение.** Рассмотренные клинические случаи сочетанных патологий психического и соматического характера, которые достаточно сложные как в плане диагностики, так и в плане лечения. Несмотря на продолжительность болезни и количество сопутствующей патологии, отмечается сохранность отдельных граней личности и самооценки больных. Восстановление веса до нормы может быть косвенным критерием, свидетельствующим об адаптационной возможности организма при правильном и своевременном купировании патологических процессов. Потери веса в периоды психоза и восстановления, в период стабилизации процесса свидетельствуют о сдвигах в обмене веществ больных. Кроме того, тенденцию потери веса можно также оценить как критерий нарастания полиорганной недостаточности, угрожающей жизни. При шизофрении с сопутствующей патологией: ИБС, ХОБЛ, сахарный диабет при наличии эндогенной интоксикации, извращенных ощущений и восприятия больным себя, болезни, принимают атипичный извращенный характер течения.

**Выводы.** При шизофрении с сопутствующей патологией ИБС, ХОБЛ, сахарный диабет с наличием эндогенной интоксикации, извращенных ощущений и самовосприятие больного придают НИЗ атипичный извращенный характер. Достижение комплаенса у больных со стабильным дефектом и параноидным типом ремиссии возможен и свидетельствует об удовлетворительном адаптационном потенциале больного и возможности его ресоциализации. Учет основных сопутствующих хронических НИЗ является важным критерием при клиническом мониторинге шизофрении. Необходимо уходить от практики фиксирования только диагноза психического заболевания. Индекс Кетле (ИМТ) должен широко применяться при мониторинге психических расстройств, как критерий для восстановления нарушенного обмена веществ.

**Ключевые слова:** шизофрения, фоновые неинфекционные заболевания, комплаенс, клинический мониторинг, индекс Кетле.

По данным ВОЗ (2015) неинфекционные заболевания (НИЗ) – хронические болезни, которые имеют медленное и прогрессирующее течение, к которым относятся: онкологические заболевания, сердечно-сосудистые заболевания, хронические респираторные болезни, диабет и ряд других. Из каждых 10 случаев смерти во всем мире 7 вызваны неинфекционными заболеваниями, а 3 – инфекционными [1]. Не так много материала встречается в психиатрии по сочетанной психической и соматической патологии, особенно по шизофрении, с часто встречающимися сцепленными двумя-тремя основными хроническими НИЗ, такими как ХОБЛ, ИБС, сахарный диабет и т.д. Если учитывать, что шизофрения также является прогрессирующим заболеванием, то становится ясным, что взаимовлияние

патологических психических и соматических процессов в организме больного неизбежно. По данным А.В. Снежневского (1969), при поздних активных формах шизофрении многими авторами отмечалось преобладание женского пола над мужским, в соотношении 2-3:1. Изучая шизофрению с сопутствующей сосудистой патологией и органическим поражением ЦНС, в частности постинсультными изменениями, Снежневский А.В. отмечает, что «большая выраженность возрастных изменений» приводит к резкому изменению течения шизофрении и выражается в затяжных приступах, к примеру депрессивно-параноидных по типу континуа. В их исследованиях возникающие у «старейших больных шизофренией» свыше 10 лет повторные приступы имели затяжной характер. Авторы отмечают клинические осо-

**Контакты:** Баймаганбетова Кайныш Сагимбаевна, врач высшей категории, Центр оказания специальных социальных услуг №1, г. Алматы. Тел.: + 7 702 788 8773, e-mail: ksbaigonova@mail.ru

**Contacts:** Kainysh Sagimbaeva Baimaganbetova, Doctor of the highest category, Center for Special Social Services No.1, Almaty c. Ph.: + 7 702 788 8773, e-mail: ksbaigonova@mail.ru

бенности затяжных приступов шизофрении в виде «застываний» и постепенной редукции психических расстройств [2]. Выделение нозологических конкретных форм НИЗ как фонового заболевания при шизофрении в психиатрической литературе нет. По НИЗ, большинство исследователей кардиологов, терапевтов, к примеру, неблагоприятные исходы ИБС связывают с наличием сопутствующей патологии. Так авторы отмечают, что ассоциированная патология ИБС и ХОБЛ отягощает течение, усложняет клиническую картину и диагностику заболеваний, что обусловлено общими звеньями патогенеза ассоциированного заболевания и требует новых подходов к терапии кардиореспираторной патологии [3]. Шизофрения, являясь мультифакторным заболеванием, способна «запускать» механизмы патогенеза НИЗ, такие как АГ, метаболический синдром, которые ведут к нарушениям липидного и углеводного обменов [4]. Имеет значение роль пола как фактора повышения аппетита у женщин и недостаточной массы тела больных до лечения при развитии нейрореплетического ожирения [5].

Цель исследования – анализ состояния больных, психическими заболеваниями на фоне других неинфекционных хронических соматических заболеваний.

#### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Клинический мониторинг (осмотр, наблюдение, анализ данных медицинских карт). Для клинических наблюдений были отобраны шестеро больных с диагнозом: шизофрения (длительность болезни свыше 10 лет), с затяжными приступами, на фоне различных хронических неинфекционных заболеваний. Методы исследования: осмотр, наблюдение, клинко-психопатологический, лабораторно-инструментальный.

#### Результаты собственного исследования

Распределение по полу: мужского пола – 1 чел., женского пола – 5 чел.

По возрасту: до 50 лет – 2 женского пола, 56-60 лет – 2 женского пола, 69 лет – женщина и 63 года – мужчина.

По продолжительности заболеваний:

– шизофренией: у мужчины свыше 30 лет, у женщин: до 10 лет у одной, до 30 лет – 1 чел. и свыше 30 лет у трех женщин.

– НИЗ: до 10 лет у 4 женщин и у мужчины, до 20 лет у одной женщины.

По данным таблицы 1 в группе на первом месте среди НИЗ – хронические заболевания органов ЖКТ; на втором месте энцефалопатия разной степени тяжести; на третьем месте ИБС, далее АГ и др. заболевания. И у каждого НИЗ есть ведущий симптом или критерий, который можно монитривать.

Таблица 1 - Перечень имеющихся хронических НИЗ в исследуемой группе

Пол	АГ	ИБС	Хр. обструктивная болезнь легких	Энцефалопатия	Хр. заб. органов ЖКТ	Сахарный диабет 2 типа	АИТ аутоимм. тиреозит, гипотиреоз	Хр. пиелонефрит
М		+	+	+	+			
Ж	+++	+++		+++++	+++++	+	+	+
	3	4	1	6	6	1	1	1

Таблица 2 - Частота обострения болезней

Заболевания	Пол	Раз в год	2 раза в год	3 раза в год	4 раза в год
Шизофрения	Муж.		1		
	Жен.	2	2	1	
НИЗ	Муж.				1
	Жен.	2	1	1	1

По данным таблицы 2 в среднем психическое заболевание очерченные приступы дает чаще 2 раза в год. В среднем НИЗ дает очерченный приступ ежегодно. Классический объем обследований проводится планоно и в период обострений заболеваний. С мая 2016 г. в РК в системе социальных учреждений внедрена практика плановых платных обследований и лечение НИЗ за счет 70% пенсионных отчислений больных (целевого депозита), что позволяет делать проведение необходимых углубленных дополнительных обследований и улучшение качества лечения НИЗ, а также косвенно качества лечения шизофрении.

#### Клинические наблюдения

1 случай. **Женщина, 60 лет**, МК №69. Диагноз: шизофрения эпизодическая, стабильный эмоционально-волевой дефект. Параноидный тип ремиссии. ИБС ХСН 1 ст. Хронический холецистопанкреатит. Алиментарная дистрофия. Энцефалопатия 1 ст. Рак яичника 2 ст.

Психическое состояние характеризуется затяжными аффективно-параноидными приступами. Лечение обострений проводилось психотропными препаратами в среднетерапевтических дозах, согласно Протоколу МЗ РК. Применение психотропных препаратов приводит в течение первых 2 недель к сердечной декомпенсации и обострению хронических НИЗ. С целью достижения лечебного эффекта приходилось, отступая от рекомендаций Протокола, сокращать срок применения среднетерапевтических доз до минимальных, менять препараты под прикрытием терапевтического лечения НИЗ. Поддерживающее лечение проводится одним препаратом.

2 случай. **Женщина, 50 лет**, МК №527. Диагноз: шизофрения эпизодическая, ближе к непрерывной, стабильный эмоционально-волевой дефект. Параноидный тип ремиссии. ИБС ХСП 0 ст., хронический гастрит. Хронический холецистит. Энцефалопатия 2 ст., редкие судорожные приступы. Хронический пиелонефрит.

Психическое состояние характеризуется затяжными маниакально-параноидными приступами с кататоническими включениями, на высоте которых отмечается центральная гипертермия, сопровождающаяся судорожными присту-

пами. Лечение обострений проводилось психотропными препаратами в дозах выше среднетерапевтических двумя наименованиями основных психотропных препаратов, согласно Протоколу МЗ РК, в сроки не более 10-15 дней. В дальнейшем, во избежание соматических осложнений, больная переводилась на поддерживающую терапию под прикрытием терапевтического лечения НИЗ. Поддерживающее лечение проводится двумя препаратами.

3 случай. **Женщина, 69 лет**, МК №153. Диагноз: шизофрения эпизодическая, ближе к непрерывной, стабильный эмоционально-волевой дефект. Параноидный тип ремиссии. АГ 3 ст. ИБС ХСН 3 ст. Цереброваскулярное заболевание. Прогрессирующая энцефалопатия 3 ст., состояние после ОНМК (2002), левосторонний гемипарез. Хронический гастрит.

Психическое состояние характеризуется проявлением смешанного психоза (эндогенного и экзогенного), вследствие ишемических атак головного мозга, последствия кризового течения АГ. Лечение обострений проводилось психотропными препаратами в дозах ниже среднетерапевтических, двумя наименованиями основных психотропных препаратов, согласно Протоколу МЗ РК, в сроки не более 10-15 дней. Во избежание соматических осложнений больная переведена на поддерживающее лечение одним препаратом под прикрытием терапевтического лечения НИЗ. Поддерживающее лечение психотропными препаратами не проводится с учетом полиорганной недостаточности. В настоящее время больная получает поддерживающее лечение гипотензивными препаратами и кардиотониками.

4 случай. **Мужчина, 63 года**, МК №746. Диагноз: шизофрения эпизодическая, стабильный эмоционально-волевой дефект. Параноидный тип ремиссии. ХОБЛ 2 ст. ИБС ХСН 0-1 ст., хронический средний отит справа. Хронический холецистопанкреатит. Энцефалопатия 2 ст., смешанного генеза (травматического, сосудистого, токсического). Хронический простатит.

Психическое состояние характеризуется затяжными депрессивно-параноидными приступами с кататоническими включениями, с суицидальными тенденциями, чаще провоцируемые обострениями среднего отита справа. Лечение обострений проводилось психотропными препаратами в дозах ниже среднетерапевтических, двумя наименованиями основных психотропных препаратов, согласно Протоколу МЗ РК, в сроки не более 10-15 дней. Затем, во избежание соматических осложнений, переводился на поддерживающее лечение двумя препаратами под прикрытием терапевтического лечения НИЗ.

5 случай. **Женщина, 56 лет**, МК №772. Диагноз: шизофрения эпизодическая, стабильный эмоционально-волевой дефект. Параноидный тип ремиссии. Сахарный диабет 2 типа с микроангиопатиями. Незрелая катаракта. ОГ. АГ 3 ст. ИБС ХСН 0-1 ст. Хронический холецистит. Метаболический синдром. Энцефалопатия 2 ст. Хронический бронхит. Хронический пиелонефрит.

Психическое состояние характеризуется хроническим вербальным галлюцинозом, усиливающимся при колебании уровня сахара в крови и кризовом течении АГ. Лечение обострений проводилось психотропными препаратами в дозах выше среднетерапевтических, двумя наименованиями

основных психотропных препаратов, согласно Протоколу МЗ РК, в сроки не более 10-15 дней. В дальнейшем, во избежание соматических осложнений, больная переводится на поддерживающую терапию под прикрытием терапевтического лечения НИЗ.

6 случай. **Женщина, 49 лет**, МК №53. Диагноз: шизофрения эпизодическая, стабильный эмоционально-волевой дефект. Параноидный тип ремиссии. Аутоиммунный тиреоидит. ИБС ХСН 0 ст. хронический гастрит. Хронический холецистит. Жировой гепатоз. Энцефалопатия 2 ст., частые судорожные приступы. Хронический пиелонефрит. Остеопороз.

Психическое состояние характеризуется частыми судорожными приступами и депрессивно-бредовыми расстройствами в межприступный период. Основное заболевание – шизофрения. Психоз провоцируется колебаниями гормонального фона и судорожными приступами. Лечение обострений проводилось психотропными препаратами в дозах ниже среднетерапевтических, двумя наименованиями основных психотропных препаратов, согласно Протоколу МЗ РК, в сроки не более 10-15 дней. Затем, во избежание соматических осложнений, больная переведена на поддерживающую терапию двумя препаратами противосудорожного действия и одним антипсихотическим препаратом, под прикрытием терапевтического лечения НИЗ.

#### Анализ собственного исследования

Рассмотренные случаи сочетанных патологий психического и соматического плана. Они достаточно сложные как в плане диагностики, так и в плане лечения. В наших исследованиях среди «стареющих больных шизофренией» (по определению А.В. Снежневского) преобладали лица женского пола, и затяжные приступы шизофрении зачастую имели депрессивно-параноидную симптоматику, что соответствовало литературным данным. У больных шизофренией с сопутствующей патологией органов ЖКТ, ИБС, ХОБЛ, сахарным диабетом наличие эндогенной интоксикации, извращенных ощущений и самовосприятие больного придали НИЗ атипичный извращенный характер. Несмотря на продолжительность болезни, количество нозологических форм, у пациентов отмечается сохранность отдельных граней личности и самооценки больных, и восстановление веса служит критерием, свидетельствующим о потенциальных адаптационных возможностях организма при правильном и своевременном купировании патологических процессов. Потери и восстановление веса в периоды психоза и стабилизация процесса свидетельствуют о сдвигах в обмене веществ у больных. И стабильную тенденцию к потере веса можно оценить как критерий нарастания полиорганной недостаточности, угрожающей жизни.

Таким образом, при клиническом мониторинге, для успешного лечения данных групп больных с полиорганной недостаточностью, предлагаем три критерия лечения:

**1. Комплаенс.** Комплаенс – важный критерий и его достижение – залог для успешного лечения и дальнейшей профилактики приступов болезни. Однако необходимо помнить, что достижение комплаенса не является единственным критерием успешного лечения. В наших исследованиях комплаенс достигнут у всех исследуемых больных:

1. Регулярно и осознанно психические больные в иссле-

дуемой группе принимают назначенную поддерживающую терапию.

2. Больные знают свой диагноз.

3. Участвуют в подборе психотропных препаратов с учетом своих ощущений и самочувствия.

**II. Выделение основного фонового НИЗ и мониторинг ведущего его симптома.** К примеру при АГ ведущий признак – параметры артериального давления, при СД – сахара в крови и т.д.

**III. Индекс Кетле, или индекс массы тела (ИМТ). Соответствие между массой человека и его ростом**

Таблица 3 - Индекс Кетле у обследуемых больных

Годы		Муж.	Жен.	Жен.	Жен.	Жен.	Жен.
	Возраст	63	60	50	69	56	49
	Рост	175	153	160	150	180	162
2014 г.	Вес средний	76	50,2	55,3	67,5	114,9	64
	ИМТ	24,8	21,4	21,5	<b>30,2</b>	<b>35,5</b>	24,4
2015 г.	Вес	75	45,9	55,9	71,7	112,5	64
	ИМТ	24,5	19,7	23,4	<b>32,0</b>	<b>34,9</b>	24,4
2016 г.	Вес	75,3	46,3	47,6	70,2	130	64,3
	ИМТ	24,5	19,7	18,7	<b>28,4</b>	<b>40,1</b>	24,4
2017 г.	Вес	70	46,3	60,7	64,3	130	62,3
	Индекс Кетле (ИМТ)	22,9	19,7	23,8	<b>28,4</b>	<b>40,1</b>	23,6

По таблице 3 в норме от 18,5 до 24,99. Ниже 18,5 считается дефицит массы тела. ИМТ свыше 25,00 – ожирение (далее по степени). У двух женщин (возраст 69 и 56 лет) ИМТ выше нормы от 28,4 до 40,1, срочные меры по коррекции веса (диета и физические нагрузки).

## ВЫВОДЫ

1. В наших исследованиях по Снежневскому А.В. среди «стареющих больных шизофренией» преобладали лица женского пола, и затяжные формы шизофрении зачастую имели депрессивно-параноидальную симптоматику, что соответствовало данным литературы.

2. При шизофрении с сопутствующей патологией ИБС, ХОБЛ, сахарный диабет наличие эндогенной интоксикации, извращенных ощущений и самовосприятие больного придают НИЗ атипичный извращенный характер.

3. Достижение комплаенса у больных со стабильным дефектом и параноидным типом ремиссии возможен и свидетельствует об удовлетворительном адаптационном потенциале больного и возможности его ресоциализации.

4. Учет основных сопутствующих хронических НИЗ является важным критерием при клиническом мониторинге шизофрении. Необходимо уходить от практики фиксирования только диагноза психического заболевания.

5. Индекс Кетле (ИМТ) должен широко применяться при мониторинге психических расстройств, как критерий для восстановления нарушенного обмена веществ.

6. Титрование доз и подбор психотропных препаратов в первые сроки лечения от 7-14 дней дают возможность сохранить баланс между психическим и соматическим состоянием и обеспечат положительную динамику от лечения даже при резистентных случаях.

7. Данный опыт может быть также распространен на лечение в условиях психиатрического стационара.

## Прозрачность исследования

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

## Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за статью.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Брико Н.И., Зуева Л.П., Покровский В.И., Сергиев В.П., Шкарин В.В. Эпидемиология. – М.: МИА, 2013. – Т. 2. – С. 575-624

2 Снежневский А.В. Шизофрения, клиника и патогенез. – М.: Медицина, 1969. – С. 139-159

3 Несипбаева Ш.У. Проблема ишемической болезни сердца с коморбидной хронической обструктивной болезнью легких // Медицина. – 2012. - №3(117). – С. 19

4 Будневский А.В., Подвигин С.Н., Ширяев О.Ю. Метаболический синдром у пациентов с параноидной шизофренией (обзор литературы) // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2014. – Т. 17, №1 [http://naukavsm.com/ru\\_RU/paranoidnaya-shizofrenia/](http://naukavsm.com/ru_RU/paranoidnaya-shizofrenia/)

5 Горобец Л.Н. К проблеме увеличения массы тела у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством при купирующей антипсихотической терапии // Психиатрия. – 2008. - №3. – С. 37-41 <http://conmed.ru/magazines>

## REFERENCES

1 Briko NI, Zuyeva LP, Pokrovskiy VI, Sergiyev VP, Shkarin VV. *Epidemiologiya* [Epidemiology]. Moscow: MIA; 2013. T. 2. P. 575-624

2 Snezhnevsky AV. *Shizofreniya, klinika i patogenez* [Schizophrenia, Clinical Picture and Pathogenesis]. Moscow: Medicine; 1969. P. 139-59

3 Nesipbayeva ShU. The problem of ischemic heart disease with comorbid chronic obstructive pulmonary disease. *Meditsina = Medicine*. 2012;3(117):19 (In Russ.)

4 Budnevsky AV, Podvigina SN, Shiryayev OYu. Metabolic syndrome in patients with paranoid schizophrenia (Literature review). *Prikladnyye informatsionnyye aspekty meditsiny = Applied Information Aspects of Medicine*. 2014;17;1 (In Russ.). Available from: [http://naukavsm.com/ru\\_RU/paranoidnaya-shizofrenia/](http://naukavsm.com/ru_RU/paranoidnaya-shizofrenia/)

5 Gorobets LN. To the problem of increasing the body

weight in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder with stopping antipsychotic therapy. *Psikhiatriya = Psychiatry*. 2008;3:37-41 (In Russ.). Available from: <http://conmed.ru/magazines>

## Т Ұ Ж Ы Р Ы М

К.С. БАЙМАҒАНБЕТОВА<sup>1</sup>, К.С. БАЙҒОНОВА<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Арнаулы әлеуметтік қызметтер көрсету орталығы, Алматы қ., Қазақстан Республикасы,

<sup>2</sup>Әл-Фараби атындағы Қазақ ұлттық университеті, Алматы қ., Қазақстан Республикасы

**ШИЗОФРЕНИЯМЕН БІРГЕ СОЗЫЛМАЛЫ ЖҰҚПАЛЫ ЕМЕС АУРУЛАРЫ БАР НАУҚАСТАРДЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ МОНИТОРИНГІ**

Мақалада әр түрлі соматикалық аурулардың фонында созылмалы ұстамасы бар шизофрениямен ауыратын науқастардың клиникалық бақылаулары келтірілген.

**Зерттеудің мақсаты.** Басқа жұқпалы емес созылмалы соматикалық аурулармен қатар психикалық ауруы бар науқастардың жай-күйін талдау.

**Материал және әдістері.** Клиникалық мониторинг (бақылау, қадағалау, медициналық жазбалар деректерді талдау). Клиникалық бақылау үшін созылмалы аурулары жиі болатын, әрі шизофренияның созылмалы ұстамасы бар диагнозы қойылған алты науқас іріктелді. Әдістері: бақылау, байқау, клиникалық, психопатологиялық, зертханалық-аспаптық.

**Нәтижелері және талқылауы.** Психикалық және созылмалы соматикалық аурулар қатар орын алған клиникалық жағдайлардың мониторингісі өткізілді. Мұндай аурулар диагноз қою және емдеу тұрғысынан алғанда да өте күрделі болып табылады. Аурудың ұзақтығына және қоса жүретін сырқаттардың санына қарамастан, тұлғалардың жекелеген қырлары мен науқастардың өзін-өзі бағалай алу дағдысының сақталғандығы атап өтілген. Салмақтың нормаға дейін қалпына келуі патологиялық процестерді дұрыс және уақытылы басқан жағдайда ағзаның бейімделу мүмкіндігін куәландыратын жанама критерий болуы ықтимал.

Психоз кезінде салмақтың жоғалуы және тұрақтандыру процесі кезінде қалпына келуі науқастардың бойында зат алмасудың өзгергендігін көрсетеді. Сонымен қатар, салмақ жоғалту үрдісін өмірге қауіп туғызатын полиорганды жеткіліксіздіктің арту көрсеткіші ретінде бағалауға болады.

**Қорытынды.** Шизофрениямен қоса жүректің ишемиялық ауруы, өкпенің созылмалы обструктивті ауруы, эндогенді интоксикация мен бұрмаланған сезімталдық тән қант диабеті бар сырқаттардың өзін-өзі сезінуі инфекциялық емес ауруларға атипті бұрмаланған сипат береді. Тұрақты дефекті мен ремиссияның параноидті үлгісі болған науқастарда комплаенсқа қол жеткізу мүмкін және ол ауру адамның қанағаттанарлық әлеуетін көрсетіп, оны ресоциализациялау мүмкіндігін білдіреді. Қоса жүретін негізгі созылмалы инфекциялық емес ауруларды есепке алу шизофренияға клиникалық мониторинг жүргізген кезде маңызды көрсеткіш болып табылады. Тек психикалық ауру диа-

гнозын ғана қою практикасынан бас тартқан жөн. Кетле (ИМТ) индексі психикалық бұзушылықтар мониторингісі кезінде кеңінен қолданылуға тиіс.

**Негізгі сөздер:** шизофрения, созылмалы жұқпалы емес аурулармен қоса жүретін, клиникалық мониторинг, Кетле индексі.

## SUMMARY

K.S. BAIMAGANBETOVA<sup>1</sup>, K.S. BAIGONOVA<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Center for Special Social Services, Almaty c., Republic of Kazakhstan,

<sup>2</sup>Kazach National University n.a. Al-Farabi, Almaty c., Republic of Kazakhstan

**CLINICAL MONITORING OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA, WITH CONCOMITANT CHRONIC NON-INFECTIOUS DISEASES**

The article presents clinical data on observations of patients with schizophrenia with protracted attacks, with background of various somatic diseases.

**The purpose of study.** Analysis of the condition of patients, mental illness, against the background of other non-infectious chronic somatic diseases.

**Material and methods.** Clinical monitoring (examination, observation, analysis of medical records). For clinical observations, six patients diagnosed with a diagnosis of schizophrenia, with prolonged seizures, against a background of various chronic diseases.

Research methods: examination, observation, clinical-psychopathological, laboratory-instrumental.

**Results and discussion.** The considered clinical cases of combined pathologies of mental and somatic, which are quite complex, both in diagnosis and in terms of treatment. Despite the duration of the disease, the number of concomitant nosological forms, while preserving the individual facets of the personality and self-esteem of patients. Restoring weight to normal may be an indirect criterion, indicating the adaptive capacity of the body with the correct and timely docking of pathological processes. Weight loss during periods of psychosis and its recovery during the stabilization process; indicate a shift in the metabolism of patients. In addition, the tendency in weight loss can also be assessed as a criterion for the growth of multi-organ failure of life threatening.

**Conclusions.** In schizophrenia with concomitant pathology of IHD, COPD, diabetes mellitus, the presence of endogenous intoxication, perverted sensations and self-perception of the patient give to the NCD an atypical perverted character. Achievement of compliance at patients with a stable defect and paranoid type of remission is possible and testifies to the satisfactory adaptive potential of the patient and the possibility of its re-socialization. The main concomitant chronic NCD is an important criterion in the clinical monitoring of schizophrenia. It is necessary to avoid the practice of fixing only the diagnosis of mental illness. The Quetelet index (BMI) should be widely used in monitoring the mental disorders.

**Key words:** schizophrenia, background non-infectious diseases, compliance, clinical monitoring, body mass index (BMI).

Для ссылки: Баймаганбетова К.С., Байгонова К.С. Клинический мониторинг за больными шизофренией с сопутствующими хроническими неинфекционными заболеваниями // *Medicine (Almaty)*. – 2017. – No 7 (181). – P. 40-44

Статья поступила в редакцию 04.05.2017 г.

Статья принята в печать 19.06.2017 г.