

## ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ СООТНОШЕНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ И ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

**В.А. РУЖЕНКОВ<sup>1</sup>**  
**Н.К. РЖЕВСКАЯ<sup>2</sup>**  
**О.А. ЕФРЕМОВА<sup>1</sup>**

<sup>1)</sup> *Белгородский государственный  
национальный исследовательский  
университет*

<sup>2)</sup> *Белгородская областная  
клиническая психоневрологическая  
больница*

*e-mail: ruzhenkov@bsu.edu.ru*

На основе литературных данных анализируется состояние соматического здоровья и смертность больных шизофренией, рассматриваются возможности организации эффективной терапевтической помощи данной категории пациентов. Обсуждаются вопросы дестигматизации лиц с психическими расстройствами и внедрение в стандарт сертификационной подготовки врачей-психиатров клинических дисциплин терапевтического профиля.

Ключевые слова: шизофрения, коморбидные соматические заболевания, сердечно-сосудистые заболевания, метаболический синдром, ожирение, синдром артериальной гипертензии, смертность, стигматизация.

В последнее время в развитых странах мира у пациентов, страдающих тяжелыми психическими расстройствами (шизофрения, биполярное аффективное расстройство), состояние соматического здоровья ухудшается и значительно меньше ожидаемая продолжительность жизни, что связано, прежде всего, с широкой распространенностью у них сердечно-сосудистых заболеваний [16, 21, 23, 40]. Авторы считают, что в настоящее время доказана связь этого явления с шизофренией и биполярными аффективными расстройствами. Имеются данные [18], что по сравнению с населением США (средняя ожидаемая продолжительность жизни человека в среднем приблизительно 78 лет; для мужчин – 75 и для женщин 80 лет), показатель ожидаемой продолжительности жизни для пациентов, страдающих шизофренией и биполярным расстройством, на 30% меньше [16].

На сердечно-сосудистые заболевания, как основную причину преждевременной смертности при шизофрении указывали и другие авторы [18]. У взрослых, страдающих шизофренией, вероятность умереть от сердечнососудистого заболевания приблизительно в 2 раза выше [23], чем в населении. Распространенность таких важных факторов риска сердечнососудистых заболеваний, как диабет и ожирение, в 1,5–3,5 раза выше у взрослых при шизофрении, чем в населении [17, 41]. Кроме того, по сравнению с населением, у больных шизофренией повышена распространенность других факторов риска сердечнососудистых заболеваний: курения (75% по сравнению с 25% в населении), дислипидемия, инсулинорезистентность, гипертензия, малоподвижный образ жизни и диета с большим содержанием жира и малым – волокон [42], что косвенно определяет их высокую смертность, а способствует этому недоступность необходимой специализированной помощи [27, 39].

Кроме того, причиной более высокой (в 1,6–3 раза) смертности пациентов с эндогенными психическими расстройствами, чем в популяции, являются суициды и гомоциды (38%), а остальные 62% связаны с естественными причинами [16], причем это характерно как для развитых стран, так и развивающихся и имеется тенденция к ее росту в динамике [38].

У больных шизофренией в США, Западной Европе, а также и в России обнаружена высокая частота метаболического синдрома [9, 32] – важнейшего фактора риска сердечнососудистых катастроф и сахарного диабета типа 2. Метаболический синдром обнаруживается в 50% случаев наблюдений [33]. Предполагается, что его высокая частота у больных шизофренией обусловлена особенностями обмена веществ, существовавшими у больных еще до появления отчетливой симптоматики шизофрении [9]. Биохимические исследования показали, что в формировании гипертриглицеридемии и гипоальфалипотеидемии у больных шизофренией важную роль играет изменение продукции адипокинов. При этом наличие дислипидемии у данных пациентов нельзя объяснить состоянием инсулинчувствительности и метаболизмом жирных кислот [10].



Помимо поражения сердечно-сосудистой системы, при метаболическом синдроме часто нарушается пуриновый обмен, возникает синдром ночного апноэ, поликистоз яичников, развивается неалкогольная жировая болезнь печени [3, 4, 5].

Высокой распространенности ожирения у больных шизофренией способствует прием антипсихотических препаратов [12], а диабет, который часто сочетается с ожирением, во многих случаях у таких больных не диагностируется [23]. Кроме того, использование антипсихотиков может вызвать как благоприятные, так и неблагоприятные изменения факторов риска, например излишнюю массу тела (ожирение), дислипидемию, гипергликемию и гипертензию [13, 30, 26]. Исследование больных параноидной шизофренией отечественными авторами [8], большая часть которых получала терапию атипичными нейролептиками, также выявило широкую распространенность метаболического синдрома. Анализ влияния на массу тела приема типичных и атипичных нейролептиков показал, что рисперидон, по сравнению с традиционными нейролептиками (галоперидол, перфеназин) вызывал увеличение веса в 2 раза чаще [19, 35, 36, 44], причем при использовании любых дозировок [31]. Установлено [24], что наиболее часто липидный обмен нарушают клозапин, оланзапин и кветиапин, а при применении оланзапина количество липидов в крови было в несколько раз выше [14]. При первичном применении клозапина и оланзапина было выявлено повышение риска развития диабета [24], в то же время как при применении рисперидона и кветиапина таких случаев было в несколько раз меньше. В другом исследовании [15] было установлено, что сахарный диабет 2 типа статистически достоверно чаще регистрировался в группе, принимавшей атипичные антипсихотики, по сравнению с больными, принимавшими классические нейролептики. Есть мнение, что антипсихотики способствуют развитию ожирения за счет увеличения аппетита [22], а также гиперпролактинемии и других гормональных нарушений, включая прямое угнетающее воздействие на инсулярный аппарат поджелудочной железы.

Алгоритм назначения и проведения нейролептической терапии в современных условиях требует учета профиля нейроэндокринных побочных эффектов, характерных для каждого из атипичных антипсихотиков или его эндокринотропного эффекта. При наличии равновероятного выбора антипсихотика для купирования основной психопатологической симптоматики или проведения противорецидивной терапии с целью профилактики (минимизации) развития синдрома гиперпролактинемии не следует прибегать к назначению рисперидона и амисульприда у первичных больных параноидной шизофренией с непрерывным типом течения и длительностью заболевания менее 1 года [1, 2]. В этих случаях препаратами выбора являются оланзапин, клозапин и кветиапин. У больных с наличием предшествующей психофармакотерапии риск развития синдрома гиперпролактинемии возрастает при терапии оланзапином, клозапином и кветиапином. В этих случаях с целью минимизации половых дисфункций у пациентов рекомендовано назначение рисперидона и амисульприда. В случае формирования снижения либидо при терапии рисперидоном рекомендовано снижение дозы антипсихотика с целью восстановления сексуальных функций пациентов.

С целью профилактики развития нейролептического ожирения назначение рисперидона больным с нормальным весом или его дефицитом, а также длительно болеющим с наличием предшествующей нейролептической терапии не является оправданным т.к. в этих случаях резко возрастает риск развития ожирения. Оланзапин и клозапин, наоборот, показаны больным с наличием предшествующей психофармакотерапии в связи с тем, что у указанных пациентов наблюдается значительно менее выраженная фармакогенная прибавка веса. Для пациентов, имеющих факторы риска развития метаболических нарушений (ожирение, гипертоническая болезнь, сахарный диабет), препаратами выбора являются кветиапин и амисульприд, при терапии которыми по сравнению с рисперидоном, оланзапином и клозапином фармакогенное увеличение веса развивается значительно реже [2].

Помимо риска развития сердечнососудистой патологии, увеличение веса может влиять на самооценку и приводить к большему дискомфорту, чем седация или сексуальная дисфункция. Негативная оценка ожирения среди окружающих и у самого больного препятствует реинтеграции в общество. Отрицательное отношение к ожирению может вести к социальному снижению в таких областях как занятость, образова-

ние и семейная жизнь [43]. Вместе с серьезными медицинскими проблемами, вызываемыми увеличением веса, нарушение социальной адаптации требует пристального внимания со стороны врача.

На современном этапе врач обязан соблюдать принцип информированного согласия пациентов на проведение терапии антипсихотиками нового поколения. До начала лечения следует объективно информировать больного о спектре нежелательных явлений, т.е. побочных эндокринных эффектов, развивающихся при нейролептической терапии, методах их профилактики, диагностики и коррекции. Важное значение имеет обучение больных доступным методам самоконтроля физического состояния. Так при снижении полового влечения, появлении выделений из молочных желез, гинекомастии, увеличении веса и повышении аппетита необходимо рекомендовать больному немедленно сообщить об этих симптомах лечащему врачу [2]. Кроме того, автор считает целесообразным рекомендовать исследование гормонального профиля тиреоидной оси (ТТГ и Т<sub>4</sub> св.) больным в процессе терапии клозапином, оланзапином, кветиапином и галоперидолом и, по меньшей мере, в течение 2-3 месяцев по ее окончании. Такой клинко-диагностический подход позволит провести дифференциальную диагностику между функциональными (преходящими) изменениями состояния ГТТ-оси, скрытым гипотиреозом и постпсихотическими депрессиями и выбрать соответствующую терапевтическую тактику. При отсутствии изменений уровня тиреоидных гормонов и таких клинических проявлений, как заторможенность и быстрая утомляемость, оправдано присоединение к терапии антидепрессантов [2].

Диета, физическая активность и поведенческая терапия являются основными способами борьбы с увеличением веса, вызванным нейролептиками [45]. Есть мнение о возможности фармакологического вмешательства в этих случаях; посредством применения избирательных антагонистов гистаминовых рецепторов 2 типа для коррекции индуцированного антипсихотиками увеличения веса тела. В частности, низатидин показал способность уменьшать вызванное оланзапином увеличение веса [37]. Агонисты дофамина (амантадин) также способны противодействовать повышению веса тела, вызванному оланзапином [20].

Метаболические нарушения могут быть минимизированы оптимизацией терапевтической стратегии, включающей подбор препарата, медленную титрацию либо снижение дозы [25]. Кроме того, всем больным, принимающим атипичные антипсихотики, целесообразно мониторинг уровня глюкозы каждые 3-4 месяца на протяжении первого года терапии. Особое внимание следует уделять пациентам из группы риска, к которым, по мнению Американской ассоциации диабета, относятся больные с уровнем глюкозы крови натощак  $\geq 6,1$  ммоль/л, но  $\leq 7,0$  ммоль/л, с отягощенной наследственностью по диабету, ожирением, гипертензией ( $\geq 140/90$  мм рт.ст.), высоким уровнем триглицеридов ( $\geq 2,8$  ммоль/л), наличием диабета во время беременности или поликистоза яичников.

Для пациентов с уже диагностированным диабетом целесообразной будет тактика совместного наблюдения психиатром и эндокринологом с учетом особенностей динамики обоих типов нарушений. Общие принципы ведения диабета у пациентов с психическими расстройствами не отличаются от таковых в общей популяции [11].

Проблемы оказания терапевтической помощи в психиатрическом стационаре включают ограниченную возможность обследования, частое выявление токсического и побочного эффекта психотропных препаратов, нередкую стертость проявлений соматического расстройства из-за психического состояния пациента, полипрагмазии [7]. Несмотря на то, что у лиц с психическими расстройствами имеются соматические заболевания, потребностями этой группы пациентов в общесоматической помощи часто пренебрегают [34], что связано со стигматизацией психически больных, которая ведет к их дискриминации во всех сферах жизни, а также недостаточная интеграция общесоматического и психиатрического медицинского обслуживания, отсутствие согласия по поводу того, какие специалисты должны отвечать за профилактику и лечение коморбидных соматических заболеваний у больных с тяжелыми психическими расстройствами. Вместе с правом просто получать медицинское обслуживание, как больные психическими заболеваниями, они имеют и общечеловеческое право на доступ к общесоматическому лечению и профилактике [28].



Наряду с этим, в связи со сложившейся системой последипломного образования в области психиатрии и отсутствием как адекватного государственного стандарта подготовки врача-психиатра (с учетом подготовки в области соматической медицины), так и протоколов лечения лиц с психическими расстройствами, лечащий врач-психиатр, не имеет ни достаточной подготовки по диагностике и лечению соматических заболеваний, ни соответствующей материально-технической оснащенности психиатрических лечебных учреждений.

Для косвенного решения этого вопроса полагаем целесообразным введение в сертификационные циклы повышения квалификации врачей-психиатров лекций и практических занятий по различным разделам терапии, в первую очередь эндокринологии, кардиологии, пульмонологии, нефрологии и гастроэнтерологии, а также клинической фармакологии, а также заключения договоров с соматическими лечебными учреждениями о выделении квот для лечения лиц с психическими расстройствами. Кроме того, необходима разработка протоколов лечения лиц с психическими расстройствами, сочетающимися с соматическими заболеваниями, в том числе и так называемых «Технологических карт» [6]. Сказанное поможет существенно повысить качество лечения лиц с психическими расстройствами, продолжительность и качество жизни.

### Список литературы

1. Горобец, Л. Н. Особенности влияния терапии атипичными антипсихотиками на функциональное состояние гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной оси [Текст] / Л. Н. Горобец // Российский психиатрический журнал. – 2006. – № 6. – С. 68-74.
2. Горобец, Л. Н. Нейроэндокринные дисфункции у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством в условиях современной антипсихотической терапии: клин.-биоимени исслед. [Текст] : автореф. дис. ... д-ра мед.наук : 14.00.18 : 03.00.04 / Л. Н. Горобец ; [Моск. НИИ психиатрии]. – М., 2007. – 45 с.
3. Драпкина, О. М. Неалкогольная жировая болезнь печени у больных с метаболическим синдромом [Текст] / О. М. Драпкина, Д. С. Гацולהва // Клиницист. – 2007. – № 6. – С. 46-50.
4. Драпкина, О. М. Можно ли назначать статины пациентам с патологией печени? [Текст] / О. М. Драпкина, А. В. Клименков, В. Т. Ивашкин // Русский медицинский журнал. – 2007. – Т. 15, № 2. – С. 74-78.
5. Драпкина, О. М. Особенности течения артериальной гипертензии у пациентов с метаболическим синдромом [Текст] / О. М. Драпкина, Е. Л. Буеверова // Российские медицинские вести. – 2008. – Т. 13, № 3. – С. 11-16.
6. Елфимова Е.В., Елфимов М.А. Технологическая карта как основа междисциплинарного подхода к оказанию психиатрической помощи в соматических ЛПУ [Текст] / Е.В.Елфимова, М.А.Елфимов // XV съезд психиатров России, Москва, 9-12 нояб. 2010 г. : материалы съезда / Рос.о-во психиатров. – М., 2010. – С. 42.
7. Краснов А.А., Козлова С.Н. Особенности оказания терапевтической помощи пациентам психиатрического стационара [Текст] / А. А. Краснов, С. Н. Козлова // XV съезд психиатров России, Москва, 9-12 нояб. 2010 г. : материалы съезда / Рос.о-во психиатров. – М., 2010. – С. 47.
8. Мартынихин, И. А. Метаболический синдром и факторы риска его развития среди госпитализированных больных параноидной формой шизофрении [Текст] / И. А. Мартынихин // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – Т. 19, № 1. – С. 24-28.
9. Патогенез дислипидемии у больных шизофренией: независимая роль адипокинов [Текст] / Д. А. Танянский, И. А. Мартынихин., Н. А. Соколян [и др.] // Ученые записки СПбГМУ имени академика И. П. Павлова. – 2009. – Т. 16, № 4 (прил.). – С. 116-117.
10. Факторы риска обменных нарушений у больных шизофренией [Текст] / Н. Г. Незнанов, И. А. Мартынихин, Н. А. Соколян [и др.] // Психические расстройства в общей медицине. – 2009. – № 3. – С. 13-17.
11. Ястребов, Д. В. Метаболические нарушения при терапии антипсихическими препаратами: рекомендации по диагностике и подбору терапии [Текст]: обзор лит. / Д. В. Ястребов // Русский медицинский журнал. – 2005. – Т. 13, № 22. – С. 1508-1512.
12. Antipsychotic-induced weight gain: a comprehensive research synthesis [Text] / D. B. Allison, J. L. Mentore, M. Heo [et al.] // Am. J. Psychiatry. – 1999. – Vol. 156, № 11. – P. 1686-1696.
13. Antipsychotic-induced weight gain and metabolic abnormalities: implications for increased mortality in patients with schizophrenia [Text] / D. E. Casey, D. W. Haupt, J. W. Newcomer [et al.] // J. Clin. Psychiatry. – 2004. – Vol. 65, suppl. 7. – P. 4-18.
14. Aripiprazole for the prevention of relapse in stabilized patients with chronic schizophrenia: a placebo-controlled 26-week study [Text] / T. A. Pigott, W. H. Carson, A. R. Saha [et al.] // J. Clin. Psychiatry. – 2003. – Vol. 64, № 9. – P. 1048-1056.



15. Association of diabetes mellitus with use of atypical neuroleptics in the treatment of schizophrenia [Text] / M. J. Sernyak, D. L. Leslie, R. D. Alarcon [et al.] // *Am. J. Psychiatry.* – 2002. – Vol. 159, № 4. – P. 561-566.
16. Colton, C. W. Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states [Text] / C. W. Colton, R. W. Manderscheid // *Prev. Chronic. Dis.* – 2006. – Vol. 3, № 2. – P. A42.
17. Consensus development conference on antipsychotic drugs and obesity and diabetes [Text] / Am. Diabetes Assoc., Am. Psychiatric Assoc., Am. Assoc. of Clinical Endocrinologists, North Am. Assoc. for the Study of Obesity // *Diabetes Care.* – 2004. – Vol. 27, № 2. – P. 596-601.
18. Deaths: final data for 2004 [Text] / A. M. Minino, M. P. Heron, S. L. Murphy [et al.] // *Natl. Vital. Stat. Rep.* – 2007. – Vol. 55, № 19. – P. 1-119.
19. Emsley, R. A. Risperidone in the treatment of first-episode psychotic patients: a double-blind multicenter study. Risperidone Working Group [Text] / R. A. Emsley // *Schizophr. Bull.* – 1999. – Vol. 25, № 4. – P. 721-729.
20. Floris, M. Effect of amantadine on weight gain during olanzapine treatment [Text] / M. Floris, J. Lejeune, W. Deberdt // *Eur. Neuropsychopharmacol.* – 2001. – Vol. 11, № 2. – P. 181-182.
21. Harris, E. C. Excess mortality of mental disorder [Text] / E. C. Harris, B. Barraclough // *Br. J. Psychiatry.* – 1998. – Vol. 173. – P. 11-53.
22. Henderson, D. C. Clozapine: diabetes mellitus, weight gain, and lipid abnormalities [Text] / D. C. Henderson // *J. Clin. Psychiatry.* – 2001. – Vol. 62, suppl. 23. – P. 39-44.
23. Hennekens, C. H. Increasing global burden of cardiovascular disease in general populations and patients with schizophrenia [Text] / C. H. Hennekens // *J. Clin. Psychiatry.* – 2007. – Vol. 68, suppl. 4. – P. 4-7.
24. Jin, H. Phenomenology of and risk factors for new-onset diabetes mellitus and diabetic ketoacidosis associated with atypical antipsychotics: an analysis of 45 published cases [Text] / H. Jin, J. M. Meyer, D. V. Jeste // *Ann. Clin. Psychiatry.* – 2002. – Vol. 14, № 1. – P. 59-64.
25. Keks, N. A. Minimizing the non-extrapyramidal side-effects of antipsychotics [Text] / N. A. Keks // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1996. – Vol. 94, suppl. 389. – P. 18-24.
26. Long-Term Changes in Weight and Plasma Lipids during Maintenance Treatment with Ziprasidone [Text] / P. J. Weiden, J. W. Newcomer, A. D. Loebel [et al.] // *Neuropsychopharmacology.* – 2008. – Vol. 33, is. 5. – P. 985-994.
27. Mitchell, A. J. Physical health and schizophrenia [Text] / A. J. Mitchell, D. Malone // *Curr. Opin. Psychiatry.* – 2006. – Vol. 19, № 4. – P. 432-437.
28. Morbidity and Mortality in People with Serious Mental Illness : technical Report [Electronic resource] / eds.: J. Parks, D. Svendsen, P. Singer [et al.] // National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) : serving the Needs of the Nation's Public Mental Health System / Medical Directors Council. – Alexandria, VA, 2006-2011. – Mode of access: [http://www.nasmhpd.org/general\\_files/publications/med\\_directors\\_pubs/Mortality%20and%20Morbidity%20Final%20Report%208.18.08.pdf](http://www.nasmhpd.org/general_files/publications/med_directors_pubs/Mortality%20and%20Morbidity%20Final%20Report%208.18.08.pdf).
29. Newcomer, J. W. Second-generation (atypical) antipsychotics and metabolic effects: a comprehensive literature review [Text] / J. W. Newcomer // *CNS Drugs.* – 2005. – Vol. 19, suppl. 1. – P. 1-93.
30. Newcomer, J. W. Severe mental illness and risk of cardiovascular disease [Text] / J. W. Newcomer, C. H. Hennekens // *JAMA.* – 2007. – Vol. 298, № 15. – P. 1794-1796.
31. Peuskens, J. Risperidone in the treatment of patients with chronic schizophrenia: a multinational, multi-centre, double-blind, parallel-group study versus haloperidol. Risperidone Study Group [Text] / J. Peuskens // *Br. J. Psychiatry.* – 1995. – Vol. 166, № 6. – P. 712-726.
32. Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia: baseline results from the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) schizophrenia trial and comparison with national estimates from NHANES III [Text] / J. P. McEvoy, J. M. Meyer, D. C. Goff [et al.] // *Schizophr. Res.* – 2005. – Vol. 80, № 1. – P. 19-32.
33. Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia treated with antipsychotic medication [Text] / M. A. De Hert, R. van Winkel, D. Van Eyck [et al.] // *Schizophr. Res.* – 2006. – Vol. 83, № 1. – P. 87-93.
34. Quality of medical care and excess mortality in older patients with mental disorders [Text] / B. G. Druss, W. D. Bradford, R. A. Rosenheck [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2001. – Vol. 58, № 6. – P. 565-72.
35. Risperidone versus haloperidol in the treatment of chronic schizophrenic inpatients: a multicentre double-blind comparative study [Text] / A. Claus, J. Bollen, H. De Cuyper [et al.] // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1992. – Vol. 85, № 4. – P. 295-305.
36. Risperidone versus perphenazine in the treatment of chronic schizophrenic patients with acute exacerbations [Text] / O. J. Hoyberg, C. Fensbo, J. Remvig [et al.] // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1993. – Vol. 88, № 6. – P. 395-402.



37. Sacchetti, E. H(2) antagonist nizatidine may control olanzapine-associated weight gain in schizophrenic patients [Text] / E. Sacchetti, L. Guarneri, D. Bravi // *Biol. Psychiatry*. – 2000. – Vol. 48, № 2. – P. 167-168.
38. Saha, S. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? [Text] / S. Saha, D. Chant, J. McGrath // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 2007. – Vol. 64, № 10. – P. 1123-1231.
39. Schizophrenia, neuroleptic medication and mortality [Text] / M. Joukamaa, M. Heliövaara, P. Knekt [et al.] // *Br. J. Psychiatry*. – 2006. – Vol. 188. – P. 122-127.
40. Time trends in schizophrenia mortality in Stockholm county, Sweden: cohort study [Text] / U. Osby, N. Correia, L. Brandt [et al.] // *BMJ*. – 2000. – Vol. 321, № 7259. – P. 483-484.
41. Type 2 diabetes among persons with schizophrenia and other psychotic disorders in a general population survey [Text] / J. Suvisaari, J. Perälä, S. I. Saarni [et al.] // *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. – 2007. – Vol. 258, № 3. – P. 129-136.
42. The unhealthy lifestyle of people with schizophrenia [Text] / S. Brown, J. Birtwistle, L. Roe [et al.] // *Psychol. Med.* – 1999. – Vol. 29, № 3. – P. 697-701.
43. Weight gain from novel antipsychotic drugs: need for action [Text] / A. I. Green, J. K. Patel, R. M. Goisman [et al.] // *Gen. Hosp. Psychiatry*. – 2000. – Vol. 22, № 4. – P. 224-235.
44. Weight gain and antipsychotic medication: differences between antipsychotic-free and treatment periods [Text] / M. M. Simpson., R. R. Goetz, M. J. Delvin [et al.] // *J. Clin. Psychiatry*. – 2001. – Vol. 62, № 9. – P. 694-700.
45. Yanovski, J. A. Recent advances in basic obesity research [Text] / J. A. Yanovski, S. Z. Yanovski // *JAMA*. – 1999. – Vol. 282, № 16. – P. 1504-1506.

## **PSYCHOSOMATICAL RELATIONSHIPS AT SCHIZOPHRENIA AND PROBLEMS OF ORGANIZATION OF MEDICAL CARE**

**V.A. RUZHENKOV**  
**N.K. RZHEVSKAYA**  
**O.A. EFREMOVA**

*<sup>1)</sup>Belgorod National  
Research University*

*<sup>2)</sup>Belgorod Region Mental Hospital*

*e-mail: ruzhenkov@bsu.edu.ru*

On the basis of published data the state of somatic health and death rate sick is analyzed by schizophrenia, possibilities of the organization of effective therapeutic help at given category of patients are considered. Destigmatisation of persons with mental disorders and introduction clinical disciplines in the standard of psychiatrists certification are discussed.

Key words: schizophrenia, comorbide somatic diseases, cardiovascular disease, metabolic syndrome, obesity syndrome, hypertension, death rate, stigmatization.