

онного слоя, диаметров остеонів, а диаметр каналов остеонів, площадь костно-мозговой полости, ширина зоны внутренних генеральных пластин, наоборот, возрастают. Сочетанное воздействие ХГ указанных режимов и физической нагрузки вызывает усугубление выявленных отклонений. Введение инозина нивелирует негативное влияние изолированной ХГ. В процессе реадaptации в течение 60 дней наблюдалось уменьшение амплитуды отклонения показателей. Внутривенное применение инозина в дозировке 20 мг/кг массы ежесуточно во время действия ХГ в значительной степени сглаживает выявленные отклонения.

**Ключевые слова:** хроническая гипертермия, диафиз, гистологическое строение, белые крысы.

#### Резюме

**Смоленчук С.М.** Гістологічна будова діафізів великогомілкових кісток білих щурів при різних режимах хронічної гіпертермії у поєднанні з фізичним навантаженням.

В експерименті на 270 білих статевозрілих щурах встановлено, що дія ХГ середнього й екстремального режимів приводить до зниження площі поперечного перетину компактної речовини діафіза, зменшення ширини зовнішніх генеральних пластин, остеонного шару, діаметрів остеонів, а діаметр каналів остеонів, площа кістково-мозкової порожнини, ширина зони внутрішніх генеральних пластин, навпаки, зростають. Поєднана дія ХГ вказаних режимів і фізичного навантаження викликає посилення виявлених відхилень. Введення инозину нівелює негативний вплив ізольованої хронічної гіпертермії. В процесі реадaptації протягом 60 діб спостерігалося зменшення амплітуди відхилення показників. Внутрішньовенне застосування инозину в дозуванні 20 мг/кг маси щодоби під час дії ХГ в значній мірі згладжує виявлені відхилення.

**Ключові слова:** хронічна гіпертермія, діафіз, гістологічна будова, білі щури.

#### Summary

**Smolenchuk S.M.** The histological structure of white rats tibia middle diaphysis under the impact of the different modes of chronic hyperthermia in combination with the physical activity.

In an experiment on 270 white adult rat males it is set that influence of chronic hyperthermia of the middle and extreme modes brings to the decline of diaphysis compact matter area, diminishing of width of outward general plates area, osteon layer, diameters of osteons, and the diameter of ductings of osteons, area of bone-cerebral cavity, width of area of internal general plates, vice versa, increase. Combined influence of chronic hyperthermia and physical activity worsens studied indicators. Injection of inosine in a dose 20 mg/kg per day decreases negative influence of chronic hyperthermia. During the readaptation the indicators in studied groups approach control values. The best leveling of studied deviations was observed in groups, where inosine was used.

**Key words:** chronic hyperthermia, diaphysis, histological structure, white rats.

**Рецензент:** д. мед. н., проф. Ю. М. Вовк

Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології

УДК 615.456-657.356.647.12

### КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ З ЗАГОСТРЕННЯМ ПАРАНОЇДНОЇ ШИЗОФРЕНІЇ У МЕЖАХ БЕЗПЕРЕРВНО-ПРОГРЕДІЄНТНОГО ТИПУ ПЕРЕБІГУ ПАТОЛОГІЧНОГО ПРОЦЕСУ В ПЕРІОД ПІДТРИМУЮЧОЇ ТЕРАПІЇ

І.Ф. Терьошина., М.В.Векслер, А.С.Слотвинскій

Луганський державний медичний університет

Луганська обласна клінічна психоневрологічна лікарня

Перевальська обласна психоневрологічна лікарня

Бірюковська обласна психоневрологічна лікарня

#### Вступ

В Україні, як і в інших країнах світу за останні роки суттєво підвищується рівень захворюваності населення на психічні хвороби, зокрема параноїдну шизофренію (ПШ). За даними авторитетних наукових джерел, загальна кількість хворих на шизофренію сягнула в індустріально розвинутих країнах 3% від загальної кількості населення [3,4, 13].

Сучасні тенденції розвитку психіатрії в цивілізованому світі характеризується гуманним ставленням і толерантністю до психічно хворих, дотриманням їхніх законних прав з боку суспільства і держави. Сучасна організація психіатричної служби передбачає максимальне наближення допомоги за місцем проживання хворих, мінімальну ізоляцію їх від сім'ї, партнерство пацієнта і лікаря [5,8, 11]. Деінституалізація і організація психосоціальної допомоги психічно хворим, дотримання прав користувачів психіатричної допомоги - це принцип й основні напрямки реформування допомоги хворим на шизофренію [2,6,12]. Отже, вивчення особливостей перебігу шизофренічного процесу, розробку на сучасному рівні клініко-психопатологічних методів діагностики та лікування хворих на ПШ, особливо в період підтримуючої терапії (ПТ) в умовах амбулаторного спостереження (АС) є дуже актуальним і своєчасним [1,7,9,10].

Екологічні проблеми експериментальної та клінічної медицини

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами:** робота виконувалася відповідно до основного плану науково-дослідних робіт (НДР) Луганського державного медичного університету і представляє фрагмент теми НДР "Імуно-метаболічні аспекти патогенезу шизофренії та розробка раціональних способів лікування і реабілітації хворих з даною патологією" (№ держреєстрації 0102U003363).

**Метою** роботи було вивчення клініко-психопатологічних особливостей перебігу загострення ПШ в межах безперервно-прогресивного типу патологічного процесу в періоді ПТ.

#### **Матеріали та методи дослідження**

Проведено клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження 64 хворих на ПШ з безперервно-прогресивним типом перебігу патологічного процесу (згідно МКХ-10 позначається кодом F-20.00) в періоді ПТ. Вік хворих складав від 21 до 60 років та більше, жінок серед хворих було 26 (40,6%), чоловіків 38 (59,4%). Кількість обстеження складала не менше 2 разів на рік (у середньому 3-4 рази). Клінічне спостереження обстежених хворих здійснювалося протягом 2007-2009 рр. в умовах Луганської обласної клінічної психоневрологічної лікарні у обласному медично-консультативному відділі, Перевальській і Бірюковській обласних психоневрологічних лікарнях.

На момент обстеження середня тривалість захворювання складала близько 7 років і розподілялася в такий спосіб: до 5 років - 28 (43,7%) осіб, від 5 до 10 років - 22 (34,4%), від 10 років і більш - 14 (21,9%) хворих. В роботі було застосовано Міжнародну класифікацію хвороб 10 перегляду (МКХ - 10).

У всіх обстежених хворих було проведено загальноприйняте клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження пацієнтів з вивченням анамнезу хвороби, типу перебігу шизофренічного процесу та динаміки психопатологічної симптоматики.

Статистичну обробку одержаних результатів досліджень здійснювали на персональному комп'ютері Intel Pentium III 800 за допомогою багатофакторного дисперсійного аналізу з використанням пакетів ліцензійних програм Microsoft Office 97, Microsoft Excel Stadia 6.1./prof та Statistica.

#### **Отримані результати та їх обговорення**

При проведенні динамічного клініко-психодіагностичного обстеження хворих з загостренням ПШ в періоді ПТ загальна клінічна картина характеризувалась єдиним стереотипом розвитку хвороби, інертністю розгортання клінічної симптоматики, відсутністю тенденції до спонтанного ремітування та рефлексії, появленням з початку захворювання дефіцитарної симптоматики (зниження енергетичного потенціалу, розлади мислення).

Аутистичні розлади спостерігались у більшості обстежених нами хворих, тобто у 58 (90,6%) осіб. Слід відмітити, що у 49 (76,6%) пацієнтів відмічалась аутистична відмеженість, у 36 (56,3%) - загальна астенізація на фоні посилення емоційної нестійкості, роздратованості. Опозиційне відношення до близьких спостерігалось у 27 (42,2%) хворих, рефлексія - у 19 (29,7%) пацієнтів. Майже в половині випадків спостерігалась неможливість хворими активно використовувати загальний об'єм знань, який був у них. У 53 (82,8%) осіб спостерігалось різке зниження кола інтересів, у 45 (70,3%) - емоційна байдужість до оточуючого світу. В 56,3% випадків обстежені нами хворі були схильні до легкопомислових вчинків, плоскому гумору. В ході проведеного нами обстеження у 48 (75%) хворих діагностовано переважно маячний, а в 16 (25%) пацієнтів - галюцинаторно-маячний клінічні варіанти. При маячному варіанті параноїдної шизофренії період маніфестації психозу характеризувався у 46 (71,9%) осіб формуванням інтерпретативного, систематизованого, тобто параноїального маячення з різною фабулою: ідеї ревнощів - у 14 (21,9%) пацієнтів, відносин - у 43 (67,1%) осіб, винахідництва, реформаторства - у 13 (20,3%) хворих. У 16 (25%) пацієнтів відмічалось накопичення ідей реформаторства в плані наслідування основних положень тоталітарних релігійних сект, що слід розцінювати як прояви патоморфозу, яке обумовлено новими соціальними факторами. У 15 (23,4%) пацієнтів спостерігалась маячне переосмислення епізодів минулого, у 19 (29,7%) осіб виникала афективна напруженість, у 23 (35,9%) випадках мало місце маячне тлумачення хворими слів та проступків

людей, які їх оточують в процесі їхньої внутрішньої боротьби за свої "права". При галюцинаторно-маячному варіанті стани інтерпретативного маячення були менш тривалими, а саме маячення не досягало високого ступеня систематизації.

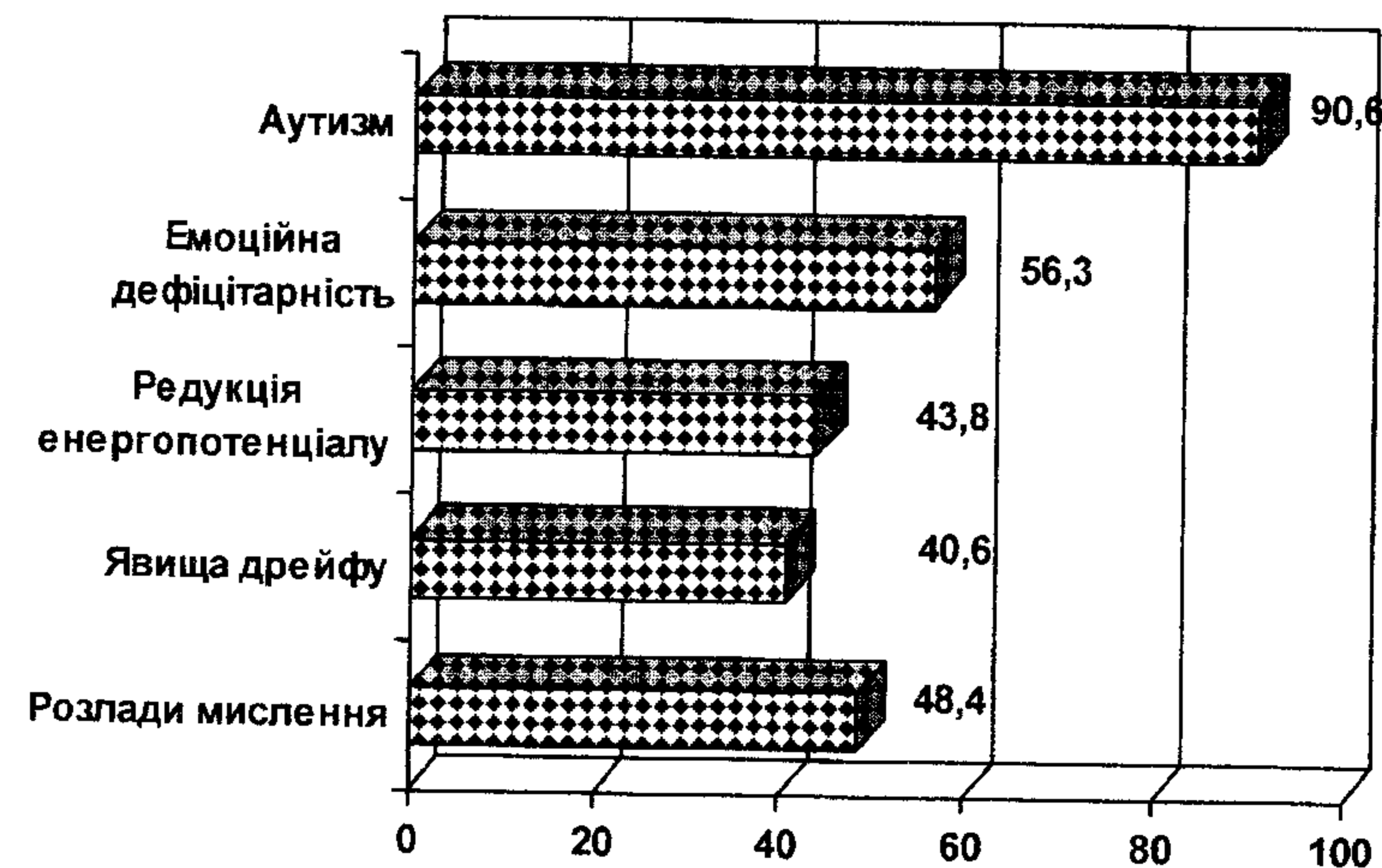


Рис. 1. Розподіл негативних психопатологічних симптомів у хворих з загостренням ПШ в періоді ПТ-тип F20.00 (n = 64).

Виразність негативних психопатологічних проявів у хворих на параноїдну шизофренію з типом F20.00 представлена на рисунку 1.

У деяких випадках, а саме у 22% відзначався розвиток політематичного маячення, коли виявлялося одночасне існування декількох фабул маячення, пов'язаних між собою. На відміну від параноїдного, при галюцинаторнім варіанті описаного типу ПШ стани з інтерпретативним маяченням були менш тривалі. Маячення при цьому не досягало високого ступеня систематизації. Воно формувалося у даних хворих відносно швидко, по типу кристалізації маячення або раптового осяяння хворого, що супроводжувалося суб'єктивним відчуттям полегшення загального стану пацієнта та зникненням у нього внутрішнього напруження.

У 33 (51,6%) обстежених нами хворих мав місце синдром Кандинського - Клерамбо. Слід зазначити, що псевдогалюци-

ноз відрізнявся високою резистентністю до проведеної терапії і вимагав призначення додаткових лікувальних засобів. Особливості виразності позитивних проявів у клінічній картині хворих на ПШ з безперервно - прогресивним типом перебігу представлені на рисунку 2.

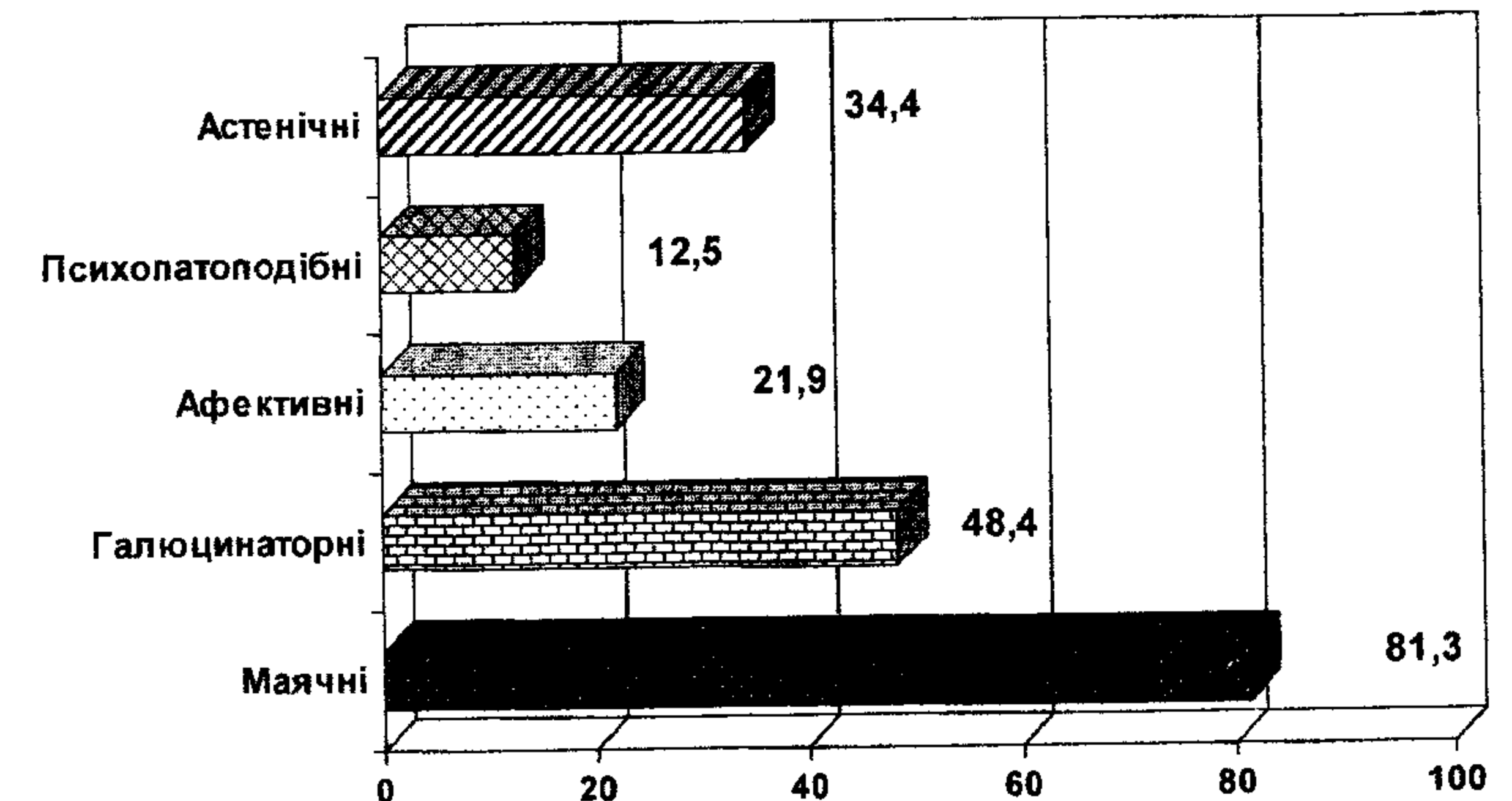


Рис. 2. Розподіл позитивних психопатологічних симптомів у хворих з загостренням ПШ в періоді ПТ-тип F20.00 (n = 64).

Як показує аналіз даних, що представлені на рисунках 1. та 2. у хворих на ПШ з безперервно-прогресивним типом перебігу в періоді ПТ в умовах АС має місце помітне домінування у психопатологічній структурі клінічної картини галюцинаторно-маячної симптоматики у сполученні зі значною аутизацією, емоційною дефіцитарністю та патологічними розладами мислення.

### Висновки

1. При клініко-психопатологічному дослідженні хворих з загостренням ПШ у межах безперервно-прогресивного типу перебігу в періоді ПТ виявлялися характерні для даного захворювання розлади, що включали порушення аутистичного характеру, розлади психічної активності, емоцій, мислення і поведінкових реакцій.

2. При вивченні психопатологічної структури шизофренічного процесу відмічено помітне домінування галюцинаторно-маяч-

ної симптоматики у сполученні зі значною аутизацією, емоційною дефіцитарністю та патологічними розладами мислення.

3. В ході дослідження встановлено, що при маячному варіанті перебігу ПШ в період маніфестації психозу психопатологічні прояви характеризувалися формуванням інтерпретативного, систематизованого, тобто паранояльного маячення з різною фабулою. При галюцинаторнім варіанті описуваного типу ПШ стани з інтерпретативним маяченням були менш тривалі. Маячення при цьому не досягало високого ступеня систематизації

4. Встановлено, що позитивні психопатологічні синдроми не являються характерними для ПШ, однак сполучення цих двох видів патологічних порушень у формі негативних і позитивних синдромів створює досить поліморфну картину хвороби, що має чіткі закономірності розвитку шизофренічного процесу та визначає форми або варіанти його клінічного перебігу.

5. Отримані дані можуть бути корисні в плані покращення діагностичних підходів при обстеженні хворих на ПШ.

6. У подальшому було б доцільним і перспективним вивчення клініко-психопатологічних особливостей перебігу ПШ у межах нападopodobно-прогресивного типу перебігу та ПШ з епізодичними приступами та стабільним дефектом в періоді ПТ в умовах АС.

### Література

1. Давитян С.Э. Факторы, влияющие на процесс рецидивирования шизофрении / С.Э.Давитян// Журнал невропатологии и психиатрии . - 1992. - Т. 92. - Вып. 3. - С. 55-120.
2. Марута Н.А. Особенности манифеста различных форм шизофрении (диагностика и принципы терапии) / Н.А.Марута, А.Н.Бачериков// Международный медицинский журнал. - 2002. - №1-2. - С. 46-52.
- 3.Підаєв А.В. Проблеми організації психіатричної, психотерапевтичної і психологічної допомоги в загальносоматичній мережі / А.В.Підаєв, С.І.Табачников// Архів психіатрії. - 2003. - Т. 9, № 1(32). - С.4-6.

4. Проценко И.В. Психиатрия консультирования и взаимодействия больных параноидной формой шизофрении с учетом их социального функционирования и качества жизни / И.В.Проценко, А.К.Зиньковский// Ученые записки. - СПб ГМУ им.акад.И.П.Павлова, 2007. - С.85-87.

5. Проценко И.В. Особенности социального функционирования и качества жизни мужчин больных параноидной формой шизофрении / И.В.Проценко// Совершенствование структуры и содержания научной и практической медицины: сб. научных трудов. - Тверь, 2005. - С.265-266.

6.Рачкаускас Г.С. Психометрична верифікація психопатологічних розладів у хворих на шизофренію / Г.С.Рачкаускас//Український медичний альманах. - 2002. - Т. 5, № 4. - С.103-106.

7.Рачкаускас Г.С Параноїдна шизофренія:клініко-патогенетична характеристика та лікування на сучасному етапі / Рачкаускас Г.С. - Харків; Луганськ: Елтон, 2004. - 432 с.

8.Сальникова Т.К. Опыт психообразовательной работы с больными шизофренией во внебольничных условиях / Т.К.Сальникова, Я.А.Сторожакова, Е.Л.Архипова// Социальная и клиническая психиатрия. - 2002. - № 1. - С.49-57.

9.Терьошина І.Ф. Клініко-патогенетична характеристика хворих на параноїдну шизофренію з різними типами перебігу в періоді диспансерного нагляду / І.Ф. Терьошина//Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології : зб. наукових праць. - Київ; Луганськ; Харків, 2007. - Вип. 5 - 6 (81 -82). - С. 195 - 201.

10.Фролов В.М. Клиническая иммунология шизофрении / В.М.Фролов, И.И.Кутько, Г.С.Рачкаускас. - Харьков; Луганск: Элтон, 2005. - 360 с.

11. Andreasen N.C. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rational for consensus / N.C. Andreasen, W.T.Carpenter, J.M.Kane// Am. J. Psychiatry. - 2005. - № 162. - P. 441-449.

12. Buchanan R.W. Schizophrenia: introduction and



overview / R.W. Buchanan, W.T.Carpenter// Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry/[eds. V.A.Sadock, B.J.Kaplan]. - [7th ed.]. - Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002. - P.1096-1110.

13. Day, J. C. Attitudes toward antipsychotic medication / J.C. Day, R.P.Bentall, C.Roberts// Archives of General Psychiatry. - 2005. - Vol. 62. - P.717-724.

#### Резюме

**Терьошина І.Ф., Векслер М.В., Слотвинскій А.С.** Клініко-психопатологічна характеристика хворих з загостренням параноїдної шизофренії у межах безперервно-прогресивного типу перебігу патологічного процесу в періоді підтримуючої терапії.

У даній роботі наведено теоретичне узагальнення та практичне вирішення актуальної наукової задачі в галузі психіатрії - підвищення ефективності діагностики та лікування загострень ПШ в періоді ПТ в умовах АС. В ході проведення дослідження доведено, що позитивні психопатологічні синдроми не являються характерними для ПШ, однак сполучення цих двох видів патологічних порушень у формі негативних і позитивних синдромів створює досить поліморфну картину хвороби, що має чіткі закономірності розвитку шизофренічного процесу та визначає форми або варіанти його клінічного перебігу.

**Ключові слова:** параноїдна шизофренія, клініка, лікування.

#### Резюме

**Терёшина И.Ф. Векслер М.В., Слотвинский А.С.** Клинико-психопатологическая характеристика больных с обострением параноидной шизофрении в рамках непрерывно-прогрессирующего типа течения патологического процесса в периоде поддерживающей терапии.

В данной работе на основании комплексного динамического клинико-психопатологического обследования больных в периоде поддерживающей терапии дано теоретическое обобщение и новое решение научной задачи - повышение эффективности диагностики больных параноидной шизофренией с непрерывно-прогрессирующим типом течения в амбулаторных условиях. При клинико-психодиагностическом обследовании 64 больных с обострением параноидной шизофрении в рамках непрерывно-прогрессирующего типа течения патологического процесса были выявлены характерные для данного заболевания расстройства, которые включали в себя нарушения аутистического характера, расстройства психической активности, эмоций, мышления и поведенческих реакций. В ходе работы установлено, что позитивные психопатологические синдромы не являются характерными для параноидной шизофрении, однако сочетание позитивных и негативных симптомокомплексов создаёт достаточно полиморфную картину болезни, что определяет законо-

мерности развития шизофренического процесса, формы или варианты его течения.

**Ключевые слова:** параноидная шизофрения, клиника, лечение.

#### Summary

**Tereshina I.F., Veksler M.V., Slotvinskiy A.S.** The clinical- - psychopathological characteristic of patients with an aggravation paranoid schizophrenia in frameworks continuously - progredientise such as current pathological proces in the period of supporting therapy.

In the given work on the basis of complex dynamic clinical- psychopathological inspection of patients in the period of supporting therapy theoretical generalization and the new decision of a scientific problem - increase of efficiency of diagnostics of patients paranoid by schizophrenia with continuous - progredientise type of current in ambulatory conditions is given. At clinical- -psychopathological inspection of 64 patients with an aggravation paranoid schizophrenia in frameworks continuously - progredientise such as current pathological proces have been revealed characteristic for the given disease of frustration which included infringements autistsce character, frustration mental activity i, emotions, thinking and behavioural reactions.

**Key words:** paranoid schizophrenia, clinic, therapy.

**Рецензент:** д.мед.н., проф.Г.С.Рачкаускас