

3. Grygus I. Efficiency of physical rehabilitation of patients with chronic cholecystitis. *Fizychno vykhovannya, sport i kultura zdorovya u suchasnomu suspilstvi. Zbirnyk naukovykh prats* 2010; 3 (11): 60-64.
4. Dadvany S.A., Vetshev P.S., Shulutko A.M., Prudkov M.I. Cholelythiasis. Moscow, GEOTAR-Media, 2009. 174 p.
5. Ivashkin V.T., Maev I.V., Baranovskaya E.K., Okhlobystin A.V. Recommendations of the Russian gastroenterological association for the diagnosis and treatment of cholelithiasis. *RZhGGE* 2016; 3: 64-80.
6. Ioffe I.V., Alekseev A.V., Pepenin A.V., Zaika A.V., Torba A.V. Complex method of preventing complications of laparoscopic cholecystectomy. *Klinichna khirurgiya* 2013; 7: 9-12.
7. Zaporozhchenko B.S., Kolodiy V.V., Borodaev I. et al. Treatment of acute cholecystitis in people with high perioperative risk using innovative lifting technology. *Shpytalna khirurgiya* 2012; 3: 127-129.
8. Zakharchuk A.P. Causes of intraoperative complications and their prevention in laparoscopic cholecystectomy. *harkivska khirurgichna shkola* 2015; 3 (72): 34-36.
9. Zakharchuk A.P. Justification of the choice of a method of treatment of various forms of acute cholecystitis. *Kharkivska khirurgichna shkola* 2015; 5 (74): 41-43.
10. Kapshitar A.V. Drainage of the abdominal cavity after cholecystectomy from the mini-access in acute cholecystitis in persons over 60 years of age. *Tavrisheskiy medico-biologicheskiy vestnik* 2012; 15 (2), p. 3 (58): 98-100.
11. Kashtalyan M.A. Surgical tactics of treatment of patients with acute cholecystitis. Thesis for MD degree. Odesa. 2009. 356 p.
12. Kovalchuk O.L. Laparoscopic surgery of cholelithiasis in patients with chronic hepatitis and cirrhosis of the liver. Thesis for MD degree. Ternopil. 2010. 384 p.
13. Moroz V.V., Stelmakh A.I. The choice of the method of minimally invasive endobiliary interventions in the treatment of acute cholecystitis in patients with high surgical and anesthetic risk. *Ukr. nauk.-med. molodizh. zhurnal* 2014; 4 (84): 78-81.
14. Nychytaylo M.E., Lytvynenko A.N., Ohorodnyk P.V. et al. 18 years of experience in laparoscopic cholecystectomy. *Suchasni medychni tekhnologii* 2011; 3/4: 281-285.
15. Petrov V.S., Tobokhov A.V., Nikolaev V.N. Features and technical aspects of laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis. *Vestnik Severo-Vostochnogo Federalnogo universiteta im. M.K. Amosova* 2016; 3 (04): 74-76.
16. Tobokhov A.V., Petrov V.S., Nikolaev V.N. The effect of combined diseases of the hepatoduodenal pancreatic zone on the number of complications of laparoscopic cholecystectomy. *Vestnik Severo-Vostochnogo Federalnogo universiteta im. M.K. Amosova* 2016; 3 (04): 99-101.
17. Shevchenko B.F., Babiy A.M., Kosinskiy A.V., Prolom N.V. Choice criteria and ways of cholecystectomy. *Ukrainskiy zhurnal maloinvazivnoy i endoskopicheskoy khirurgii* 2009; 13 (3): 20-21.
18. Shurkalin B.K., Kriger A.G., Ovanesyan E.R. 10-year term of laparoscopic cholecystectomy. *Annaly khir. gepatologii* 2004; 9 (1): 110-114.
19. Aun A., Summaya S., Rabel K., Sunil S.S., Farah N.F. Difficulties in laparoscopic cholecystectomy: conversion versus surgeons failure. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2016; 28 (4): 669-671.
20. Brescia et al. Laparoscopic cholecystectomy in day surgery: feasibility and outcomes of the first 400 patients. *Surgeon* 2013; 11: 514-518.
21. Kanakala V., Borowski D.W., Pellen M.G., Dronamraju S.S., Woodcock S.A., Seymour K. et al. Risk factors in laparoscopic cholecystectomy: A multivariate analysis. *Int J Surg* 2011; 9 (4): 318-323.
22. Malik A.M. Difficult laparoscopic cholecystectomies. Is conversion a sensible option? *J Pak Med Assoc* 2015; 65 (7): 698-700.
23. Spatariu A., Nicolau A.E., Beuran M., Tudor C., Oprescu C. Conversion in laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Chirurgia (Bucur)* 2010; 105 (4): 469-72.

Надійшла до редакції 07.09.2018
Рецензент д-р мед. наук,
проф. Б. С. Запорожченко,
дата рецензії 20.09.2018

УДК 616.895.8-008.42:616.6

Є. В. Опря

ПОРУШЕННЯ ВІДЧУТТІВ, СПРИЙНЯТТЯ ТА ЕМОЦІЙ У СТРУКТУРІ ШИЗОФРЕНІЇ ПРИ ЇЇ ПОЄДНАННІ З СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ РОЗЛАДАМИ

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

УДК 616.895.8-008.42:616.6

Є. В. Опря

НАРУШЕНИЕ ОЩУЩЕНИЯ, ВОСПРИЯТИЯ И ЭМОЦИЙ В СТРУКТУРЕ ШИЗОФРЕНИИ, СОЧЕТАННОЙ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

В статье представлены данные комплексного клинко-психопатологического исследования наличия и особенностей расстройств ощущений, восприятия и функционирования эмоциональной сферы больных шизофренией, сочетанных с сердечно-сосудистыми расстройствами. Уста-

© Є. В. Опря, 2018



новлено, що сочетание шизофренії з хронічною серцево-судинною патологією отображається на клінічних проявах шизофренії і проявляється особливостями розстройств ощущень і восприяття в формі сенестопатій, висцеральних галлюцинацій і галлюцинацій кожного ощущень, а також особливостями емоціональних порушень в формі стійких тривожно-депресивних розстройств настроєння з відповідними соматичними і поведінчними проявленнями.

Ключевые слова: шизофренія, серцево-судинні розстройства, розстройства ощущень і восприяття, порушення емоціональних реакцій, розстройства настроєння.

UDC 616.895.8-008.42:616.6

Ye. V. Oprya

IMPAIRMENT OF SENSATION, PERCEPTION AND EMOTIONS IN THE STRUCTURE OF SCHIZOPHRENIA, AND ITS COMBINATION WITH CARDIOVASCULAR DISORDERS

The Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

The paper presents data of a complex clinical and psychopathological study of the presence and peculiarities of the sensory, perception and emotional disorders of schizophrenic patients combined with cardiovascular diseases. It was established, that the combination of schizophrenia with chronic cardiovascular pathology is impact on the clinical manifestations of schizophrenia, which is expressed by the peculiarities of sensation and perception disorders in the form of senestopathia, visceral hallucinations and hallucinations of skin sensation, as well as emotional disturbances in the form of persistent anxiety-depressive mood disorders with the related somatic and behavioral manifestations.

Key words: schizophrenia, cardiovascular disorders, sensory and perceptual disorders, emotional reactions disorders, mood disorders.

Поширеність соматичної патології серед хворих на шизофренію, її інтеркурентність із психопатологічними проявами та складнощі, що виникають при лікуванні поєднаних станів, зумовлюють актуальність і доцільність досліджень у цьому напрямку. Смертність від соматичних хвороб при шизофренії удвічі вища за рівень смертності в загальній популяції населення [9]. Більшість хворих на шизофренію гинуть унаслідок інтеркурентних соматичних захворювань [1]. Серед соматичних причин смертності при шизофренії у 60 % випадків реєструються серцево-судинні захворювання та рак [10]. У дослідженнях відмічено, що за рахунок особливостей психічної патології у хворих на шизофренію достовірно підвищується кількість факторів ризику виникнення серцево-судинних захворювань [7]. Відмічається, що наявність соматопсихічної коморбідності видозмінює прояви й ускладнює перебіг як психічного, так і соматичного розладу, створює перепони в діагностиці та лікуванні поєднаних станів [2; 3; 5; 6; 8]. У зв'язку з цим особли-

вого значення набуває необхідність дослідження специфіки та характеру клінічних проявів соматопсихічних розладів, зокрема шизофренії з серцево-судинною патологією, для підвищення якості їхньої діагностики та терапії.

Мета — дослідити наявність й особливості розладів відчуттів, сприйняття та функціонування емоційної сфери хворих на шизофренію, що поєднана з серцево-судинними розладами.

Методи дослідження: клініко-психопатологічне обстеження з використанням клінічної рейтингової шкали позитивної та негативної симптоматики (Positive and Negative Syndrome Scale — PANSS) [4].

До участі в дослідженні залучено 100 хворих на шизофренію (F20), з яких основну групу дослідження утворили 50 хворих з наявністю хронічної серцево-судинної патології, контрольну — 50 хворих без хронічної соматичної обтяженості.

Загальними для всіх учасників дослідження критеріями включення були: верифікований діагноз шизофренії (F20),

відповідно до критеріїв МКХ-10, тривалістю не менше трьох років; вік хворого від 18 до 60 років; здатність пацієнта брати участь у дослідженні, адекватно розуміти вимоги та інструкції, що пред'являються відповідно до завдань дослідження, та наявність інформованої згоди на участь у дослідженні. Загальними критеріями виключення слугували: наявність органічних захворювань ЦНС; виразних когнітивних і психопатологічних порушень, що ускладнюють засвоєння та виконання інструкцій; відповідність стану критеріям постшизофренічної депресії (F20.4).

До основної групи залучалися хворі на шизофренію з серцево-судинними захворюваннями (ССЗ) тривалістю не менше трьох років, які на момент дослідження були компенсованими. Пацієнти з постінсультними та постінфарктними станами у дослідженні не включалися.

За результатами обстеження, у структурі серцево-судинної патології хворих основної групи переважали ішемічна хвороба серця (ІХС) — 64 % та гіпертонічна хвороба — 52 %,



також були представлені порушення серцевого ритму — 14 %, кардіоміопатії — 6 %, вади серця — 4 % та варикозне розширення судин — 4 %. У більшості випадків спостерігалася коморбідність кількох ССЗ одночасно.

У переважній більшості обстежених хворих серцево-судинну патологію було діагностовано вже після верифікації діагнозу «Шизофренія» (у 76 %), тобто формування ССЗ відбувалось у межах психотичного розладу.

Розподіл за статтю обстежених осіб був однорідним у межах кожної групи (48 % — чоловіки, 52 % — жінки) й однаковим між групами дослідження. Переважна кількість обстежених осіб в обох групах дослідження були середнього віку (від 31 до 50 років), однак у групі хворих на F20 із ССЗ кількість осіб віком від 21 до 31 року була значно меншою (6 %), ніж у групі хворих з F20 без соматичних захворювань (20 %), $p \leq 0,03$, що свідчить про накопичення серцево-судинної патології з віком. За освітнім рівнем серед обстежених хворих в обох групах переважали особи з середньою професійною освітою. За рівнем професійної зайнятості в основній групі було значно більше непрацюючих осіб (44 %) порівняно з хворими контрольної групи (28 %); $p \leq 0,05$.

При аналізі клініко-динамічних характеристик шизофренії в обстежених установлено, що хворі основної групи характеризувалися більшою тривалістю психотичного розладу (серед хворих на F20 із ССЗ достовірно частіше спостерігалася тривалість психозу в діапазоні понад 15 років (54 %) та значно менше було представлено психотичних станів тривалістю до 15 років (44 %), по-

рівняно з хворими контрольної групи — 30 та 70 % відповідно; $p \leq 0,01$ та $p \leq 0,005$) і переважанням безперервного типу перебігу (50 %), порівняно з контрольною групою (34 %); $p \leq 0,04$. Переважна більшість обстежених хворих обох груп мали параноїдну форму шизофренії (основна група — 74 %; контрольна група — 78 %).

За результатами психіатричного обстеження виявлено, що наявність розладів відчуттів і сприйняття діагностували у 82 % хворих основної та 72 % хворих контрольної групи. Структура виявлених розладів та їхня представленість у хворих за групами дослідження відображена на рис. 1.

Згідно з отриманими даними, у структурі розладів відчуттів і сприйняття в обстежених хворих основної групи найбільш розповсюдженими були сенестопатії (38 %) та галюцинації (36 %), перші, у свою чергу, достовірно частіше відмічались саме у хворих основної групи, ніж контрольної (20 %); $p \leq 0,025$. Окрім цього, у структурі розладів відчуттів і сприйняття у хворих основної групи доволі часто виявлялися гіперстезії (24 %) та деперсоналізаційні розлади (22 %). У хворих

контрольної групи в структурі розладів відчуттів і сприйняття значно превалювали галюцинації (44 %), також були представлені, але вдвічі рідше, сенестопатії (20 %) та гіпостезії (20 %). Отже, наявність хронічної серцево-судинної патології у хворих на шизофренію відображалась у клінічних проявах шизофренії збільшенням сенестопатичних розладів. Імовірно, що формування сенестопатій продукується інтеріоцептивними відчуттями, що зумовлені серцево-судинною патологією, але сприймаються та інтерпретуються як незвичайні, безпредметні, чітко не окреслені тілесні відчуття та супроводжуються іпохондричним маренням.

Галюцинації були виявлені у 36 % хворих основної групи та у 44 % хворих контрольної групи. При цьому, відповідно до результатів обстеження хворих за шкалою PANSS, виразність галюцинаторної поведінки у хворих основної групи виявилася значно вищою ($4,17 \pm 0,19$), ніж у хворих контрольної групи ($3,42 \pm 0,18$); $p \leq 0,05$. Структурні особливості галюцинаторної симптоматики хворих обстежених груп представлено на рис. 2. У структу-

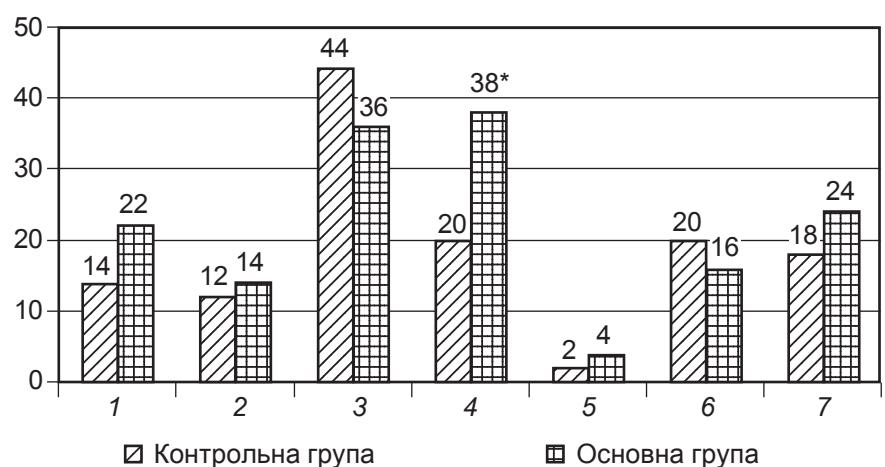


Рис. 1. Представленість розладів відчуттів і сприйняття у хворих досліджуваних груп: 1 — деперсоналізація; 2 — дереалізаційні розлади; 3 — галюцинації; 4 — сенестопатії; 5 — анастезії; 6 — гіпостезії; 7 — гіперстезії; * — $p \leq 0,05$



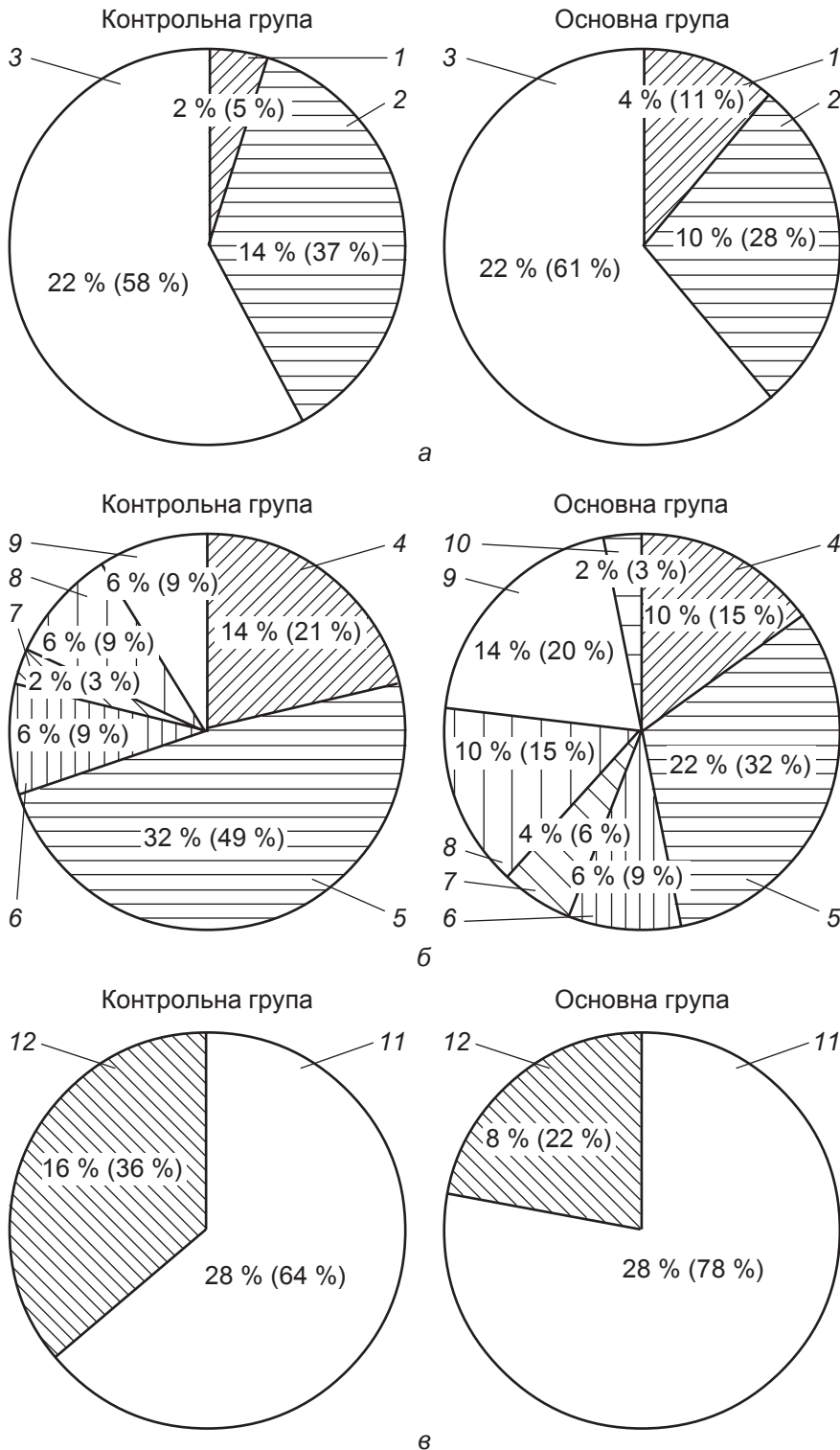


Рис. 2. Структурні особливості виявлених галюцинацій у хворих за групами дослідження (%): а — за ступенем складності (1 — елементарні; 2 — прості; 3 — складні); б — за аналізаторами (4 — зорові; 5 — слухові; 6 — нюхові; 7 — смакові; 8 — шкірного відчуття; 9 — вісцеральні; 10 — моторні); в — за типом проєкції, механізмом сприйняття (11 — істинні галюцинації; 12 — псевдогалюцинації)

рі виявлених галюцинацій за ступенем складності у хворих обох груп були представлені переважно складні (комплексні) галюцинації, що окреслюва-

лись одразу кількома сферами аналізаторів. Наводиться частка від загальної кількості обстежених хворих за групою дослідження, у дужках — частка

від кількості хворих з галюцинаціями в клінічній картині.

Найбільша питома вага в обох групах належить слуховим галюцинаціям, однак частка представленості слухових галюцинацій у структурі галюцинаторних розладів хворих основної групи виявлялася дещо меншою (32% від загальної кількості хворих із галюцинаціями по групі) порівняно з контрольною групою (49% від загальної кількості хворих із галюцинаціями по групі). Водночас у хворих основної групи доволі розповсюдженими виявлялися вісцеральні галюцинації (20% від загальної кількості хворих із галюцинаціями по групі), галюцинації шкірного відчуття та зорові галюцинації (по 15% від загальної кількості хворих із галюцинаціями по групі), які досить часто поєднувалися між собою.

У хворих контрольної групи в структурі галюцинацій, окрім слухових, також були розповсюджені зорові галюцинації (21% від загальної кількості хворих із галюцинаціями по групі), вісцеральні галюцинації та галюцинації шкірного відчуття були представлені в меншій кількості.

За типом проєкції в структурі галюцинацій хворих обох дослідних груп достовірних відмінностей між групами порівняння також не зафіксовано, проте в структурі галюцинаторних розладів хворих основної групи спостерігалася значно більша перевага істинних галюцинацій (78% від загальної кількості хворих із галюцинаціями по групі) над псевдогалюцинаціями (22% від загальної кількості хворих із галюцинаціями по групі), порівняно з контрольною групою, 64 та 36% відповідно.

Загалом слід відзначити, що в структурі галюцинаторних

розладів хворих на шизофренію з серцево-судинною патологією збільшується кількість вісцеральних галюцинацій та галюцинацій шкірного відчуття, які, як і в випадку з сенестопатіями, імовірно, провокуються інтероцептивними відчуттями, що зумовлені серцево-судинною патологією, але сприймаються химерно, опредмечуються, інтерпретуються маревним чином та індукують або, навпаки, індукуються галюцинаціями в інших аналізаторних системах.

Аналіз наявності порушень в емоційній сфері також здійснювався за даними комплексного психіатричного обстеження хворих, зведені результати якого представлено на рис. 3 і 4. Патологія в емоційній сфері спостерігалась у 100 % обстежених осіб. Патологія емоційних реакцій у хворих обох дослідних груп була представлена здебільшого дефіцитарністю (сплощенням) емоцій, що відмічалось у 36 % хворих основної групи і 42 % хворих контрольної групи та виявлялось у вигляді емоційного зниження, збіднення емоційних відчуттів і проявів. Окрім цього, серед найчастіших варіантів патології емоційних реакцій у хворих основної групи також відмічались в'язкість (34 %) та експлозивність (20 %). У хворих же контрольної групи, разом із в'язкістю (24 %) та експлозивністю (18 %) емоцій, також розповсюдженою виявлялась і лабільність емоційних реакцій (24 %), що значно рідше спостерігалась серед хворих основної групи (10 %; $p \leq 0,05$).

Як найбільш розповсюджений варіант патології емоційної сфери серед хворих основної групи відмічались розлади настрою, що переважно були представлені гіпотимією (при-

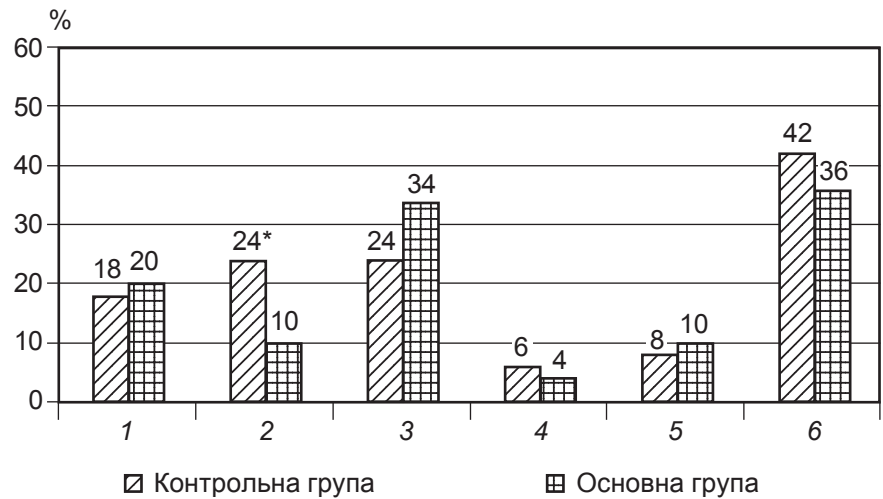


Рис. 3. Розлади емоційних реакцій хворих на шизофренію за групами дослідження: 1 — експлозивність; 2 — лабільність; 3 — в'язкість; 4 — парадоксальність (неадекватність); 5 — амбівалентність; 6 — дефіцитарність/сплощення емоцій. На рис. 3, 4: * — статистично достовірні відмінності

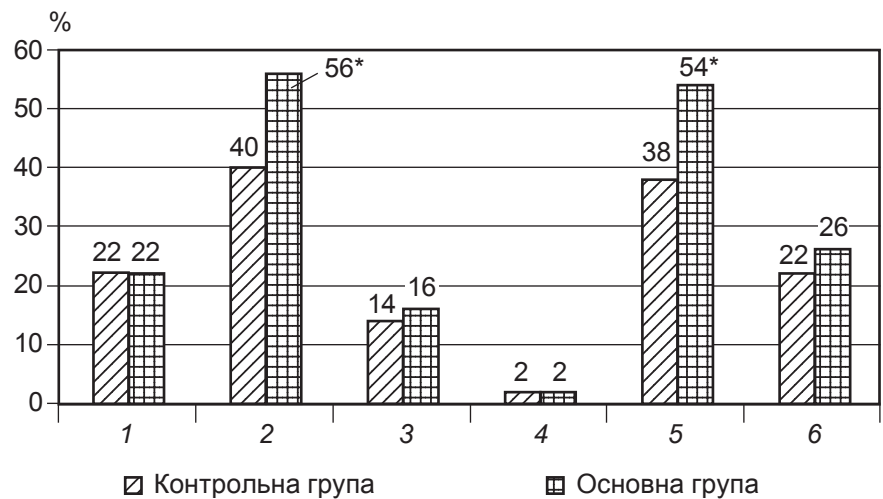


Рис. 4. Розлади настрою хворих на шизофренію за групами дослідження: 1 — страх; 2 — тривога; 3 — дисфорія; 4 — гіпертимія; 5 — гіпотимія; 6 — апатія

гніченим настроєм, відчуття суму, туги, безвиході) та тривогою, які фіксувалися серед хворих основної групи набагато частіше (у 54 та 56 % випадків відповідно), ніж у хворих контрольної групи (38 та 40 %); $p \leq 0,05$. Окрім того, хворі основної групи характеризувалися поєднанням кількох варіантів розладів настрою одночасно, здебільшого гіпотимії (або дисфорії) з тривогою та страхами. Гіпертимічні розлади в обстежених хворих обох груп були представлені в поодиноких випадках.

Для кількісної оцінки виразності емоційних порушень використовувалися результати обстеження за шкалою PANSS, аналізувалися шкали, що відображали особливості функціонування в емоційно-вольовій сфері хворих. Отримані дані подані у табл. 1. Порушення в емоційно-вольовій сфері за шкалою PANSS представлені субшкалами, що окреслюють негативну (N) та загальну психопатологічну симптоматику (G). Виявлено, що виразність емоційних порушень у хворих основної групи є більш висо-



Таблиця 1

Виразність порушень в емоційно-вольовій сфері хворих дослідних груп (за даними обстеження хворих за шкалою PANSS), M±m

Порушення в емоційно-вольовій сфері	Основна група, n=50	Контрольна група, n=50
N1 Сплощення афекту	2,19±0,14	2,68±0,12
N2 Емоційна відчуженість	3,23±0,17*	2,56±0,12
G2 Тривожність	3,74±0,16*	2,95±0,18
G4 Внутрішнє напруження	3,34±0,14*	2,40±0,14
G6 Депресія	3,52±0,16*	2,56±0,14
G13 Вольові порушення	1,73±0,14	1,86±0,14
G14 Імпульсивність	1,92±0,12	1,70±0,12

Примітка. * — статистично значущі показники достовірності, $p \leq 0,05$.

кою, ніж у контрольній групі. Так, серед негативних симптомів, що окреслюють емоційне функціонування, у хворих на шизофренію з хронічною серцево-судинною патологією значно більш вираженою була емоційна відчуженість ($3,23 \pm 0,17$) порівняно з групою контролю ($2,56 \pm 0,12$); $p \leq 0,05$, що виявлялось у зниженні інтересу, емоційного включення та афективної участі у життєвих подіях. Серед загальнопсихопатологічних симптомів у хворих основної групи також відмічався значно вищий рівень тривожності ($3,74 \pm 0,16$), внутрішнього напруження ($3,34 \pm 0,14$) та депресії ($3,52 \pm 0,16$) порівняно з контрольною групою ($2,95 \pm 0,18$; $2,40 \pm 0,14$; $2,56 \pm 0,14$); $p \leq 0,05$.

Отже, поряд зі зниженням емоційного функціонування у вигляді емоційної відчуженості, зниження інтересу до життєвих подій та обставин, хворі на шизофренію із серцево-судинними захворюваннями характеризувалися наростанням симптомів тривожно-депресивного спектра, що виявлялося пригніченим настроєм з відчуттям тривоги, стурбованості, внутрішнього напруження, пригніченості, безнадії, песимістичності та супроводжувалося соматичними корелятами й

поведінковими проявами у вигляді тремору, збільшення частоти серцебиття, спітнілості, припливів, ознобу, больових відчуттів, м'язового напруження, наявності порушень сну та апетиту.

Загалом, згідно з отриманими в ході дослідження даними, поєднання шизофренії з хронічною серцево-судинною патологією характеризується певними особливостями та специфікою патології відчуттів, сприйняття й емоційного функціонування, що виявляється формуванням сенестопатій, вісцеральних галюцинацій та галюцинацій шкірного відчуття, розладами настрою тривожно-депресивного спектра з відповідними соматичними та поведінковими проявами, які, у свою чергу, є більш вираженими та стабільними, ніж у хворих контрольної групи, особливості емоційного функціонування яких характеризувалися більшою лабільністю емоційних станів і меншою частотою та виразністю тривожно-депресивних симптомів.

Отримані дані, безумовно, відображають патоморфоз клінічних проявів шизофренії при її інтеркурентності з серцево-судинною патологією, їх потрібно враховувати під час діагно-

стики та терапії хворих на шизофренію.

Ключові слова: шизофренія, серцево-судинні розлади, розлади відчуттів і сприйняття, розлади емоційних реакцій, розлади настрою.

ЛІТЕРАТУРА

1. Волков В. П. Соматическая патология и причины смерти при шизофрении. *Журнал неврологии и психиатрии*. 2009. № 5. С. 9–14.

2. Клинические особенности течения ишемической болезни сердца у больных шизофренией / А. Б. Смулевич и др. *Клиническая медицина*. 2007. Т. 85, № 4. С. 33–36.

3. Марута Н. А. Проблема коморбидности в современной психиатрии. Теоретический, клинический, терапевтический и организационные аспекты. *Здоров'я України*. 2013. № 12. С. 38–39.

4. Мосолов С. Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств. Москва, 2001. 238 с.

5. Ревенок О. А., Марункевич Я. Ю. Особенности сопутствующей соматической патологии у больных параноидной шизофренией. *Архів психіатрії*. 2014. № 4 (79). С. 75–79.

6. Семке А. В., Мальцева Ю. Л. Соматические расстройства при шизофрении. Томск, 2009. 180 с.

7. Druss B., Reisinger E. Mental disorders and medical comorbidity. *Research synthesis report*. 2011. № 21. P. 21–24.

8. Increased Mortality in Schizophrenia Due to Cardiovascular Disease — A Non-Systematic Review of Epidemiology, Possible Causes, and Interventions / P. A. Ringen et al. *Front Psychiatry*. 2014. Vol. 5. P. 137.

9. David J. Castle, Peter F. Buckley, Fiona P. Gaughan. Physical Health and Schizophrenia. *Oxford University Press*. 2017. 136 p.

10. Tandon R. Medical comorbidities of schizophrenia. *Digest of Psychiatry*. 2013. Vol. 42, № 3. P. 51–55.

REFERENCES

1. Volkov V.P. Somatic pathology and causes of death in schizophrenia. *Zhurnal Nevrologii i Psikhiatrii* 2009; 5: 9-14.



2. Smulevich A.B., Syrkin A.L., Drobizhev M.Yu. et al. Clinical features of the course of coronary heart disease in patients with schizophrenia. *Clinicheskaya Meditsina* 2007; 85 (4): 33-36.
3. Maruta N.A. The problem of comorbidity in modern psychiatry. Theory, clinical, therapy and organizational aspects. *Zdorovya Ukrainy* 2013; 12: 38-39.
4. Mosolov S.N. Scales of psychometric evaluation of the symptoms of schizophrenia and the concept of positive and negative disorders. Moscow, 2001. 238 p.
5. Revenok O.A., Marunkevich Ya.Yu. Features of concomitant somatic pathology in patients with paranoid schizophrenia. *Arkhiv psykhiatrii* 2014; 4 (79): 75-79.
6. Semke A.V., Maltseva Yu.L. Somatic disorders in schizophrenia. Tomsk, 2009. 180 p.
7. Druss B., Reisinger E. Mental disorders and medical comorbidity. *Research synthesis report* 2011; 21: 21-24.
8. Ringen P.A., Engh J.A., Birkenaes A.B. et al. Increased Mortality in Schizophrenia Due to Cardiovascular Disease — A Non-Systematic Review of Epidemiology, Possible Causes, and Interventions. *Front Psychiatry* 2014; 5: 137.
9. David J. Castle, Peter F. Buckley, Fiona P. Gaughran. Physical Health and Schizophrenia. *Oxford University Press* 2017. 136 p.
10. Tandon R. Medical comorbidities of schizophrenia. *Digest of Psychiatry* 2013; 42 (3): 51-55.

Надійшла до редакції 03.09.2018
Рецензент д-р мед. наук,
проф. О. М. Стоянов,
дата рецензії 07.09.2018

УДК 616.5-001.31-031.34/.38-003.9

О. В. Пономаренко

РЕПАРАТИВНІ МОЖЛИВОСТІ ШКІРИ ХВОРИХ З УШКОДЖЕННЯМИ ПОКРИВНИХ ТКАНИН ТУЛУБА І КІНЦІВОК МЕХАНІЧНОГО ГЕНЕЗУ

Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя, Україна

УДК 616.5-001.31-031.34/.38-003.9

Е. В. Пономаренко

РЕПАРАТИВНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОЖИ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПОКРОВНЫХ ТКАНЕЙ ТУЛОВИЩА И КОНЕЧНОСТЕЙ МЕХАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Запорожский государственный медицинский университет, Запорожье, Украина

Цель работы — исследовать репаративные возможности кожи больных с повреждениями покровных тканей туловища и конечностей после травмы путем выявления рецепторов кератиноцитов к коллагену I, III типов, маркированных CD44.

Во время оперативных вмешательств по восстановлению покровных тканей выполняли забор кожи (размером до 1 x 1 см²). Раствор с кератиноцитами маркировали CD44, которые являются специфическими антителами к рецепторам кератиноцитов, чувствительных к коллагену I, III типов.

Предложенная методика исследования позволяет в короткие сроки (2 суток) определить репаративные возможности кожи в области повреждения путем выявления количества кератиноцитов с рецепторами к коллагену у пострадавших и достоверно прогнозировать результат реконструкции. Исследование экспрессии CD44 в качестве скрининг-теста у пациентов с обширными раневыми дефектами, наряду со стандартными методами, позволило получить удовлетворительные результаты оперативных вмешательств в 92,5 % случаев.

Ключевые слова: травма, область повреждения, покровные ткани, проточная цитометрия, кератиноциты.

UDC 616.5-001.31-031.34/.38-003.9

O. V. Ponomarenko

REPARATIVE POSSIBILITIES OF SKIN AT PATIENTS WITH MECHANICAL GENESIS DAMAGE OF COVERING TISSUES AND LIMBS

Zaporizhzhya State Medical University Ukraine, Zaporizhzhya, Ukraine

Objective: to investigate the reparative abilities of the skin of patients with injuries of the trunk and limb covering tissues after trauma by revealing keratinocyte receptors for type I, III type collagens labeled with CD44.

Materials and methods: 40 patients with excessive wound surface (more than 1%) were included into the study group. During the surgical restoration of the covering tissues, the skin was collected (up to 1 x 1 cm²). The solution with keratinocytes marked CD44, which is specific antibodies to keratinocyte receptors that are sensitive to collagen I, III types.

