

йодтиронін, гіпотиреоз, фібринолітична активність.

ЛІТЕРАТУРА

1. Овчаренко С. И., Галецкайте Я. К. Эволюция глобальной инициативы по хронической обструктивной болезни легких и новый подход к противовоспалительной терапии. *Лечащий врач*. 2014. № 1. С. 75–80.

2. Хронічне обструктивне захворювання легень: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, терапія (проект національної угоди): матеріали з'їзду / Ю. І. Феценко, Л. О. Яшина, О. Я. Дзюблик та ін. *Український*

пульмонологічний журнал. 2013. № 3. Додаток. С. 7–12.

3. Ждан В. М., Потяженко М. М., Соколюк Н. Л., Хайменова Г. С. Використання статинів при коморбідній патології у практиці сімейного лікаря. *Сімейна медицина*. 2015. № 3 (59). С. 145–147.

4. Авдеев С. Н. Хроническая обструктивная болезнь легких: обострения. *Пульмонология*. 2013. № 3. С. 5–19.

5. Клінічна біохімія: підручник / за заг. ред. Г. Г. Луньової. Київ: Атіка, 2013. 1156 с.

6. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chron-

ic obstructive pulmonary disease. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2016. Updated 2016.

7. Comorbidities of patients in tiotropium clinical trials: comparison with observational studies of patients with chronic obstructive pulmonary disease / M. Miravittles, D. Price, K. F. Rabe et al. *Int. J. Chron. Obstruct. Pulmon. Dis.* 2015. Vol. 10. P. 549–564.

Надійшла до редакції 25.09.2018

*Рецензент д-р мед. наук,
проф. Р. С. Вастьянов,
дата рецензії 26.09.2018*

УДК 616.233-002.2-08

Н. А. Мацегора, О. Є. Шпота

САНОГЕНЕТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ЗАМІСНОЇ ТЕРАПІЇ ТРИЙОДТИРОНІНУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У СТАДІЇ ЗАГОСТРЕННЯ В ПОЄДНАННІ З ГІПОТИРЕОЗОМ

У хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) у стані загострення, ускладнене гнійно-некротичним ураженням бронхолегеневої системи на фоні зниженого синтезу ендогенного трийодтироніну, процеси репаративної регенерації бронхіального епітелію перебувають під контролем тимічних чинників, гормонів щитоподібної залози, а також клітинного імунітету. Надане патофізіологічне обґрунтування використання замісної терапії гормонами щитоподібної залози для корекції гормон(тималін- і тиреоїд)-залежної функціональної активності лімфоцитів. Доведено клінічну ефективність використання замісної терапії трийодтироніном як екстраімунного (включаючи тиреоїд- і тималін-залежні ефекти) імунокоректора у хворих на ХОЗЛ із синдромом низького трийодтироніну в періоді загострення.

Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легень, щитоподібна залоза, трийодтиронін, гіпотиреоз, фібринолітична активність.

UDC 616.233-002.2-08

N. A. Matsegora, O. Ye. Shpota

THE IMPORTANCE OF ALTERNATIVE TRIIODOTHYRONINE THERAPY IN COMPLEX TREATMENT IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE IN THE STAGE OF EXACERBATION IN COMBINATION WITH HYPOTHYROIDISM

The processes of reparative regeneration of the bronchial epithelium are controlled by thymic factors, thyroid hormones, and cellular immunity in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in a stage of exacerbation. It is complicated by purulent necrotic disorders of the bronchopulmonary system amid a decrease of reduce synthesis of endogenous triiodothyronine. We gave pathophysiological rationale for use of thyroid hormone replacement therapy for correction of hormone (thymalin and thyroid)-dependent functional activity of lymphocytes. We proved the clinical effectiveness of the using alternative triiodothyronine therapy as an extra-immune immunocorrector. It includes thyroid and thymalin-dependent effects in patients with COPD with low triiodothyronine syndrome in the period of exacerbation.

Key words: COPD, thyroid, triiodothyronine, hypothyreosis, fibrinolytic activity.

УДК 616.895.8-008.42:616.45

Є. В. Опря, канд. мед. наук, доц.

СПЕЦИФІКА РОЗЛАДІВ СПРИЙНЯТТЯ ТА ЕМОЦІЙ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Одеський національний медичний університет

Хворі на шизофренію входять до групи ризику розвитку метаболічних порушень, зокрема цукрового діабету. Розповсюдженість цукрового діабету серед хворих на шизофренію у 2–3 рази вища, ніж у загальній популяції [6; 8]. Ускладнення цукрового діабету значно збільшують рівень смертності серед хворих на шизофренію [3; 6].

Сьогодні причиною розвитку та поширення цукрового діабету у хворих на шизофренію є не тільки наслідки антипсихотичної терапії, а й особливості вроджених порушень вуглеводного обміну [4; 5; 7]. Згідно з

Сьогодні причиною розвитку та поширення цукрового діабету у хворих на шизофренію є не тільки наслідки антипсихотичної терапії, а й особливості вроджених порушень вуглеводного обміну [4; 5; 7]. Згідно з

© Є. В. Опря, 2018

даними сучасних досліджень, у пацієнтів з первинно діагностованою шизофренією спостерігаються патологічний рівень глюкози натще, порушення толерантності до глюкози та інсуліно-резистентність [7]. Підтверджено наявність позитивного зв'язку між тривалістю шизофренії та дебютом цукрового діабету, а також зв'язок між тривалістю лікування шизофренії та змінами рівня глюкози натще [3]. Відомо також, що прогноз і діабету, і шизофренії щодо ускладнень, терапевтичної резистентності та смертності у разі коморбідності значно негативніший, ніж при їхньому окремому перебігу [1; 6; 8].

Основна увага в дослідженнях, присвячених поєднанню цукрового діабету та шизофренії, приділяється передусім факторам і механізмам формування цукрового діабету при шизофренії, ролі антипсихотичної терапії у цьому процесі, однак дані відносно специфіки клінічних проявів психозу при його поєднанні з цукровим діабетом поодинокі та потребують комплексного дослідження.

Мета — дослідити наявність і особливості розладів відчуття, сприйняття та емоційного функціонування хворих на шизофренію при її поєднанні з цукровим діабетом 2 типу (ЦД 2).

Матеріали та методи дослідження

Проводили клініко-психопатологічне обстеження з використанням клінічної рейтингової шкали позитивної та негативної симптоматики (Positive and Negative Syndrome Scale — PANSS) [2].

У дослідження залучено 92 хворих на шизофренію (F20), з яких основна група — 42 хворих на шизофренію з діагнозом ЦД 2, контрольна — 50 хворих на шизофренію без хронічної соматичної патології.

Залучені у дослідження хворі відповідали загальним критеріям включення: наявність верифікованого діагнозу шизофренії (F20) відповідно до МКХ-10 тривалістю не менше трьох років; вік хворого від 18 до 60 років; здатність пацієнтів брати участь у дослідженні, адекватно розуміти вимоги та інструкції, що пред'являються відповідно до завдань дослідження, наявність інформованої згоди на участь у дослідженні. Загальними критеріями виключення були: органічні захворювання ЦНС; виразні когнітивні та психопатологічні порушення, що ускладнюють засвоєння та виконання інструкцій; відповідність стану критеріям постшизофренічної депресії (F20.4).

Критерії включення в основну групу дослідження такі: наявність ЦД 2 тривалістю не менше трьох років без ожиріння (ІМТ < 30). Критерієм включення хворих до контрольної групи дослідження була відсутність хронічних соматичних захворювань.

Результати дослідження та їх обговорення

Сформовані групи дослідження за основними соціо-демогра-

фічними показниками достовірно не відрізнялися. Обидві групи хворих були представлені переважно жінками (61,9 % — в основній групі та 52 % — у групі контролю) віком від 30 до 50 років. Середній вік обстежених осіб основної групи становив 39,6 року, контрольної — 37,8 року.

За даними клініко-психопатологічного дослідження розлади відчуттів і сприйняття відзначались у 80,95 % хворих основної та 72 % хворих контрольної групи. Серед розладів відчуттів і сприйняття в обстежених хворих обох груп найбільш розповсюдженими були галюцинації, наявність яких відмічалась у 38,1 % хворих основної групи й у 44 % хворих групи контролю (рис. 1), а також сенестопатії, гіперстезії та гіпостезії. При цьому гіперстезії виявилися більш притаманними хворим основної групи (33,3 %), порівняно з контрольною групою (18 %); $p \leq 0,05$. Проявлялися вони загостренням сприйняття звичайних зовнішніх подразників. Сенестопатії також частіше фіксувались у хворих основної групи (26,2 %), порівняно з контрольною (20 %), тимчасом як гіпостезії були більш властиві хворим контрольної

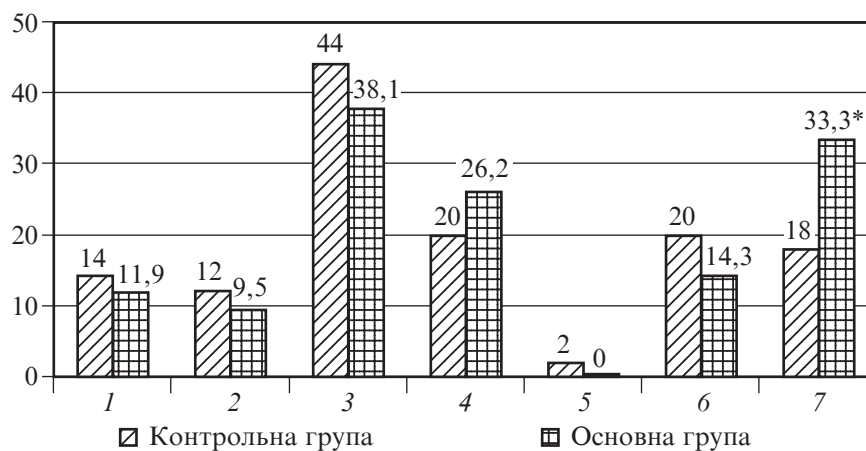


Рис. 1. Розлади відчуттів і сприйняття у хворих досліджуваних груп: 1 — деперсоналізація; 2 — дереалізаційні розлади; 3 — галюцинації; 4 — сенестопатії; 5 — анестезії; 6 — гіпостезії; 7 — гіперстезії; * — показники статистично достовірні ($p \leq 0,05$)

групи (20 %), на відміну від основної групи (14,3 %).

Таким чином, особливості розладів відчуттів і сприйняття у хворих на шизофренію при її поєднанні з ЦД 2 проявляються гіперстезіями та сенестопатіями, формування і виникнення яких можуть продукувати соматовегетативні прояви, зумовлені патологічними ендокринними процесами, що асоційовані з ЦД 2.

Для оцінки виразності клініко-психопатологічних порушень використовували шкалу PANSS, у рамках якої розлади сприйняття представлено шкалою P3 (галюцинаторна поведінка). Виявлено, що хворі основної групи характеризувалися більш вираженою галюцинаторною поведінкою ($4,10 \pm 0,16$), порівняно з контрольною групою ($3,42 \pm 0,18$); $p \leq 0,05$. У структурі галюцинацій за рівнем складності у хворих обох груп були представлені переважно складні (комплексні) галюцинації, у яких задіяні кілька аналізаторів (рис. 2).

Найбільше хворих обох груп мали слухові галюцинації, однак частка слухових галюцинацій у структурі галюцинаторних розладів у хворих основної групи виявилася дещо меншою (34 % від загальної кількості хворих з галюцинаціями по групі), порівняно з контрольною групою (49 % від загальної кількості хворих з галюцинаціями по групі). Окрім слухових галюцинацій, у хворих основної групи найпоширенішими виявилися зорові (19 % від загальної кількості хворих з галюцинаціями по групі), вісцеральні (16 % від загальної кількості хворих з галюцинаціями по групі) та галюцинації шкірного відчуття (13 % від загальної кількості хворих з галюцинаціями по групі). У хворих контрольної гру-

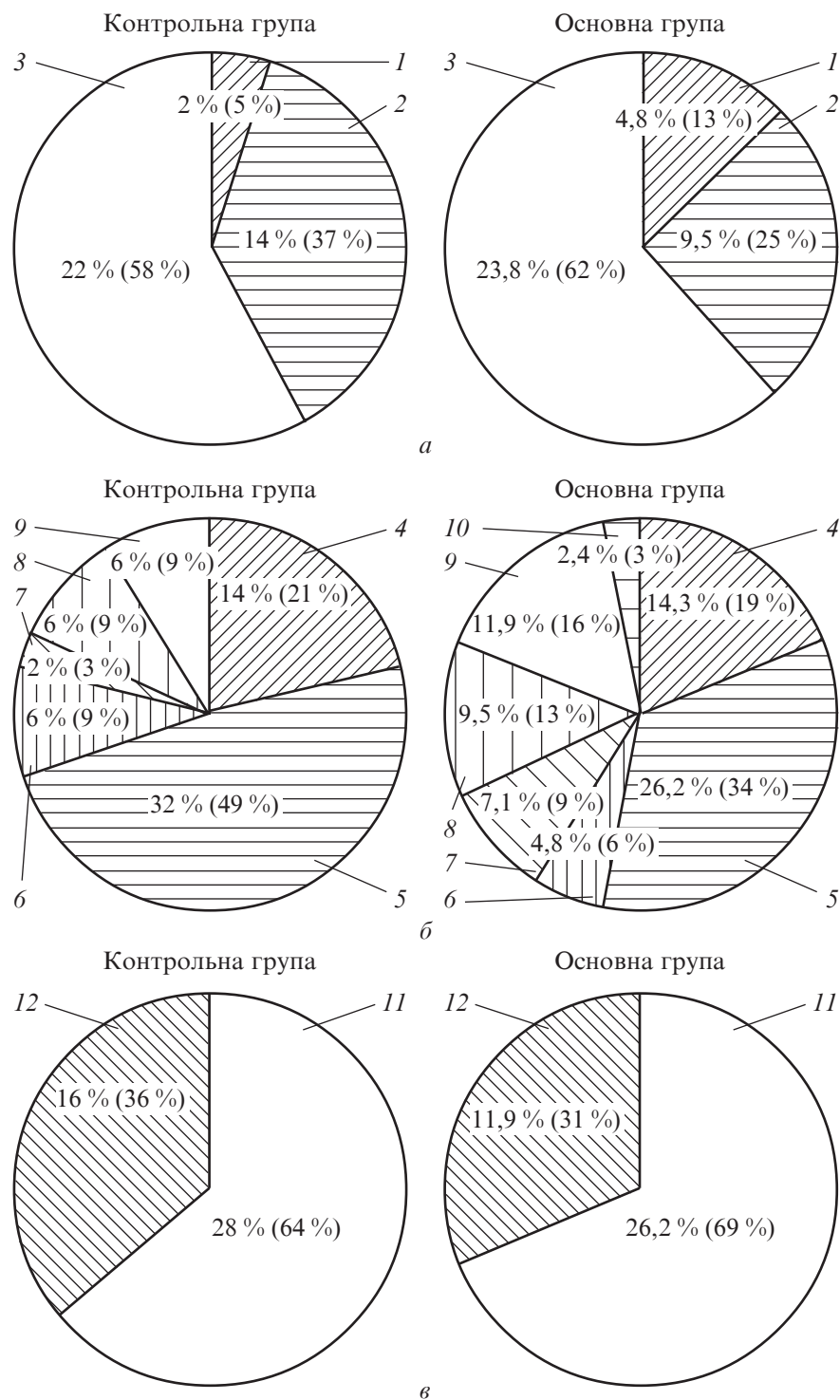


Рис. 2. Структурні особливості виявлених галюцинацій у хворих за групами дослідження (%): а — за ступенем складності (1 — елементарні; 2 — прості; 3 — складні); б — за аналізаторами (4 — зорові; 5 — слухові; 6 — нюхові; 7 — смакові; 8 — шкірного відчуття; 9 — вісцеральні; 10 — моторні); в — за типом проєкції, механізмом сприйняття (11 — істинні галюцинації; 12 — псевдогалюцинації). Дані наведено у форматі: частка від загальної кількості обстежених хворих за групою дослідження, у дужках — частка від кількості хворих з галюцинаціями в клінічній картині

пи, окрім слухових, також найпоширенішими були зорові галюцинації (21 %). Галюцинації, що стосуються інших аналіза-

торних систем: вісцеральні, нюхові та шкірного відчуття — у хворих контрольної групи були представлені однаково (9 % від

загальної кількості хворих з галюцинаціями по групі).

За типом проекції в структурі галюцинацій хворих обох досліджуваних груп достовірних відмінностей між групами порівняння не відмічалось, у структурі галюцинаторних розладів хворих обох груп спостерігалося превалювання істинних галюцинацій (69 % від загальної кількості хворих основної групи з галюцинаціями та 64 % від загальної кількості хворих контрольної групи з галюцинаціями) над псевдогалюцинаціями (31 і 36 % відповідно).

Загалом, згідно з отриманими результатами, клініко-психопатологічна картина шизофренії, поєднаної з ЦД 2, характеризується розладами відчуттів і сприйняття у вигляді гіперстезій та сенестопатій, наявності й виразності переважно складних (комплексних) галюцинацій (слухові, зорові, вісцеральні та галюцинації шкірного відчуття).

Наявність емоційних порушень відзначалась у 100 % хворих обох груп дослідження. Представленість і структура емоційних порушень хворих досліджуваних груп відображені на рис. 3 і 4. Розлади емоційних реакцій у хворих основної групи виявлялися переважно та достовірно частіше експлозивністю (35,75 %), порівняно з контрольною групою (18 %); $p \leq 0,05$, та дефіцитарністю (збідненням) емоцій (30,95 %), які дещо частіше були представлені у хворих контрольної групи (42 %).

Серед розладів настрою в обох групах найчастіше були представлені гіпотимії та тривога, до яких у хворих основної групи додавалася ще й дисфорія, що була більш представлена (28,57 %), порівняно з контрольною групою (14 %); $p \leq 0,05$.

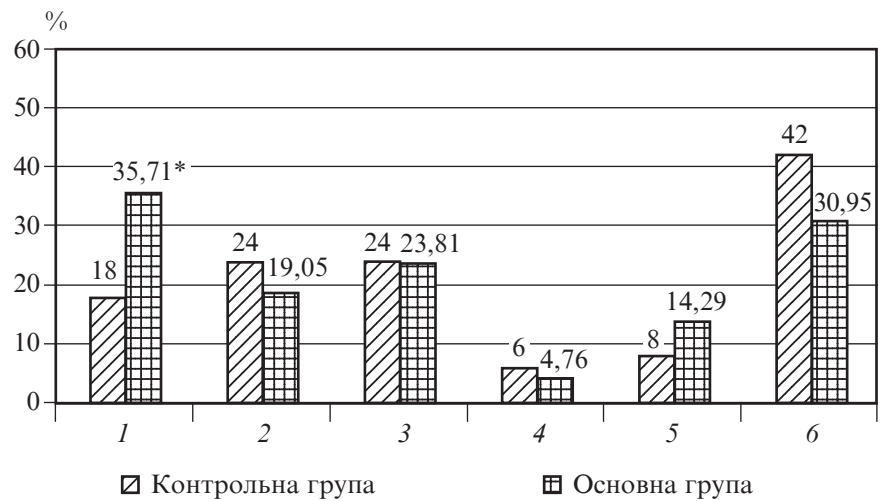


Рис. 3. Розлади емоційних реакцій у хворих на шизофренію за групами дослідження: 1 — експлозивність; 2 — лабільність; 3 — в'язкість; 4 — парадоксальність (неадекватність); 5 — амбівалентність; 6 — дефіцитарність/сплощення емоцій. На рис. 3, 4: * — статистично достовірні відмінності ($p \leq 0,05$)

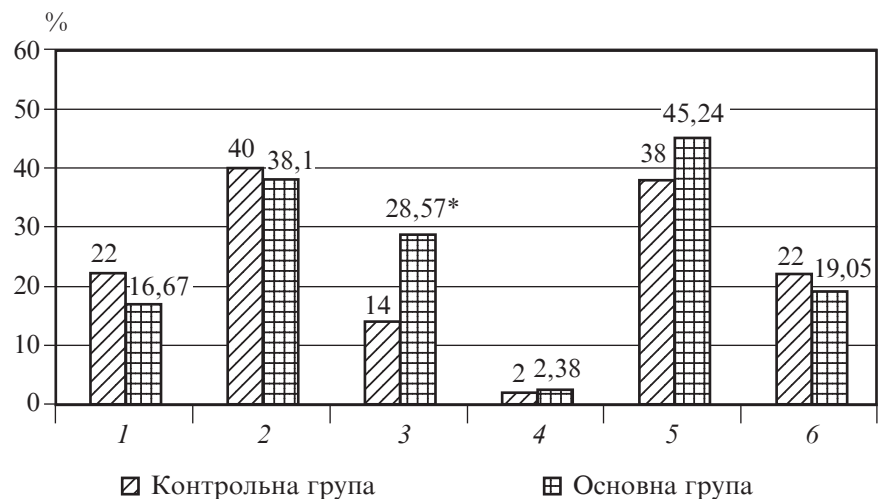


Рис. 4. Розлади настрою у хворих на шизофренію за групами дослідження: 1 — страх; 2 — тривога; 3 — дисфорія; 4 — гіпертимія; 5 — гіпотимія; 6 — апатія

Хворі основної групи характеризувалися поєднанням кількох варіантів розладів настрою одночасно, здебільшого поєднанням розладів депресивного спектра (гіпотимії, дисфорії, апатії) з тривогою та страхами. Гіпертимічні розлади у обстежених хворих обох груп були представлені в поодиноких випадках.

Для кількісної оцінки виразності емоційних порушень використовувалися результати обстеження за окремими субшкалами шкали PANSS, що окрес-

люють особливості функціонування емоційно-вольової сфери хворих (табл. 1). Згідно з отриманими даними, у хворих основної групи емоційні порушення були не тільки частіше представлені, а й більш вираженими, серед емоційних розладів значно виразнішими виявилися депресивні прояви ($3,32 \pm 0,12$) та імпульсивність ($2,80 \pm 0,12$), порівняно з контрольною групою ($2,56 \pm 0,14$ та $1,70 \pm 0,12$ відповідно); $p \leq 0,05$.

Таким чином, дані проведеного дослідження свідчать про

Виразність порушень в емоційно-вольовій сфері хворих досліджуваних груп (за даними обстеження хворих за шкалою PANSS), $M \pm m$

Порушення в емоційно-вольовій сфері	Основна група, n=50	Контрольна група, n=50
N1 Сплощення афекту	2,34±0,16	2,68±0,12
N2 Емоційна відчуженість	2,75±0,14	2,56±0,12
G2 Тривожність	3,10±0,12	2,95±0,18
G4 Внутрішнє напруження	2,84±0,16	2,40±0,14
G6 Депресія	3,32±0,12*	2,56±0,14
G13 Вольові порушення	2,40±0,12	1,86±0,14
G14 Імпульсивність	2,80±0,12*	1,70±0,12

Примітка. * — показники статистично достовірні ($p \leq 0,05$). Дані наведено у форматі: середня арифметична \pm помилка середньої арифметичної ($M \pm m$).

те, що поєднання шизофренії з цукровим діабетом характеризується певними особливостями та специфікою патології відчуттів і сприйняття, що проявляються гіперстезіями, сенестопатіями та вираженими переважно комплексними галюцинаціями (що разом зі слуховими та зоровими включають також вісцеральні галюцинації та галюцинації шкірного відчуття). Особливості емоційного функціонування хворих на шизофренію з цукровим діабетом характеризуються експлозивністю емоційних реакцій, наявністю виразних емоційних порушень у вигляді симптомів депресивного спектра в поєднанні з імпульсивністю та формуван-

ням дисфоричних розладів настрою.

Отримані результати дослідження вважаємо за доцільне враховувати та використовувати при розробці стратегій терапії хворих на шизофренію.

Ключові слова: шизофренія, цукровий діабет, розлади відчуттів і сприйняття, емоційні порушення.

ЛІТЕРАТУРА

1. Метаболические нарушения при лечении больных шизофренией / С. Н. Мосолов и др. *Русский медицинский журнал*. 2008. № 15. С. 1028. URL: http://www.rmj.ru/articles/endokrinologiya/Metabolicheskie_narusheniya_pri_lechenii_bolnyh_shizofreniy/?50#ixzz44rcusWON
2. Мосолов С. Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики

шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств. Москва, 2001. 238 с.

3. Yllka Themeli, Fecor Agaci. Нарушения уровня гликемии у больных шизофренией в Албании. *Международный эндокринологический журнал*. 2009. № 4 (22). С. 15–20. URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/9487>

4. Сінайко В. М., Земляніцина О. В. Роль нейролептичної терапії у розвитку метаболічного синдрому у хворих на шизофренію (огляд літератури). *Архів психіатрії*. 2010. Т. 16, № 2 (61). С. 175–181.

5. Impaired Glucose Homeostasis in First Episode Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis / T. Pillinger et al. *JAMA Psychiatry*. 2017. Vol. 74 (3). P. 261–269. URL: <http://internist.ru/publications/detail/shizofreniya-i-sakharnyy-diabet-prichinnostvedstvennye-svyazi/>

6. Барденштейн Л. М., Мкртумян А. М., Алешкина Г. А. Шизофрения и сахарный диабет типа 2 (вопросы коморбидности и психофармакотерапии): учеб. пособие. Москва: ИНФРА-М, 2013. – 83 с. URL: <http://docplayer.ru/55855163-Shizofreniya-i-saharnyy-diabet-tipa-2.html>

7. Meduna L. J. A hyperglycemic factor in the urine of so-called schizophrenics. *Dis. Nerv. System*. 1994. № 9. P. 248–250.

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

Надійшла до редакції 10.09.2018

Рецензент д-р мед. наук,
проф. О. М. Стоянов,
дата рецензії 28.08.2018

УДК 616.895.8-008.42:616.45

Є. В. Опря

СПЕЦИФІКА РОЗЛАДІВ СПРИЙНЯТТЯ ТА ЕМОЦІЙ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ

Проведено дослідження наявності та виразності розладів відчуттів і сприйняття, а також емоційних порушень у клінічній структурі шизофренії, що поєднана з цукровим діабетом 2 типу. Виявлено, що поєднання шизофренії з цукровим діабетом характеризується певними особливостями та специфікою патології відчуттів і сприйняття, що проявляються гіперстезіями, сенестопатіями та вираженими переважно комплексними галюцинаціями. Особливості емоційного функціонування хворих на шизофренію з цукровим діабетом включають експлозивність емоційних реакцій, наявність виразних емоційних порушень у вигляді симптомів депресивного спектра в поєднанні з імпульсивністю та формуванням дисфоричних розладів настрою.

Ключові слова: шизофренія, цукровий діабет, розлади відчуттів і сприйняття, емоційні порушення.

UDC 616.895.8-008.42:616.45

Ye. V. Oprya

SPECIFICITY OF PERCEPTION AND EMOTIONS IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2

It was conducted the investigation of the presence and severity of disorders of sensations and perception, as well as emotional disturbances in the clinical structure of schizophrenia, which is combined with diabetes mellitus type 2. It was revealed that the combination of schizophrenia with diabetes mellitus is characterized by specific features and specific pathology of sensations and perceptions, which are expressed by the presence of hyperesthesia, senestopathia and moderate, predominantly complex, hallucinations. Peculiarities of emotional functioning of schizophrenic patients with diabetes mellitus include explosive emotional reactions, the presence of severe emotional disorders in the form of symptoms of the depressive spectrum in combination with impulsiveness and the formation of dysphoric mood disorders.

Key words: schizophrenia, diabetes mellitus, sensory and perceptual disorders, emotional disorders.