

И. И. Исаев, М. А. Агаев
Азербайджанский Медицинский Университет, г. Баку

ОСОБЕННОСТИ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ

Обследованы 345 детей 6-17 лет, проживающих постоянно в высокогорном районе Лерик Азербайджанской Республики. Из них у 8,40% (29) обнаружены различные хронические заболевания, 61,45% (212) школьников соотнесены к I и 30,15% (104) ко II группе здоровья. С возрастом в сравнении с девочками у мальчиков преобладали склонность к снижению уровня здоровья и питания. Установлено, что уровень физического развития младших школьников в 60,38% случаев «среднее», в 16,98% - «ниже среднего», в 8,49% - «низкое», 10,38% - «выше среднего» и только 3,77% случаев «высокое». В среднем школьном возрасте число детей со средним уровнем развития уменьшилось до 13,27% случаев. У старшеклассников уровень физического развития в 22,32% случаев было «среднее», в 25,89% - «ниже среднего», в 11,61% - «низкое», 31,25% - «выше среднего» и только 8,93% случаев «высокое». Если у мальчиков физиологическое вытяжение происходит в 12-13 лет, а у девочек в 11 лет, то у обследованных нами это было у мальчиков в 15 лет и девочек в 14-15 лет, при этом физиологический динамический рост массы и длины тела у детей высокогорья замедлен и приводит к нарушению скорости индивидуального развития. Так же у 40,51% школьников была установлена дисгармоничность развития, больше выраженная у мальчиков, в 36,39% случаев дисгармония была умеренной и в равной степени у обоих полов (36,63% и 36,11%), в 4,12% случаев резкая дисгармоничность в сравнении с девочками (2,78%) у мальчиков (5,23%) была в двое выраженной. Таким образом, стабильное отставание длины и массы тела в препубертатный и пубертатный периоды интенсивного физиологического роста школьников может быть индикатором наличия состояния хронического стресса в организме.

Ключевые слова: горная местность, школьники, здоровье, питание, гармоничность, физическое развитие.

Многочисленные экологические и социальные изменения современного мира способствовали развитию науки «Экология человека», а в связи с накопившимся и возрастающим влиянием на человеческий организм природных и других факторов окружающей среды возникло множество медицинских проблем, требующих решения [8]. В процессе эволюции в растущем организме ребенка в ответ на меняющиеся воздействия окружающей среды - смена высоких и низких температур, атмосферного давления, климата, новая микрофлора, новые виды пищи, учебные и физические нагрузки, наследственные и конституциональные изменения, сформировался особый механизм адаптации. В экстремальных ситуациях, формируя соответствующую ответную реакцию организма, он сохраняет внутренний гомеостаз - активную деятельность функциональных систем, параметров различных сторон его жизнедеятельности в оптимальных границах [3, 5]. Вопросы состояния здоровья и развития детей в экологически неблагоприятных условиях, пути предотвращения вредных воздействий и укрепления механизмов адаптации, требуют постоянного контроля и остаются открытыми для изучения [2, 4, 6, 7, 11].

Последние годы в научной литературе ведется дискуссия о характере влияния условий высокогорья на организм человека [1, 9, 10]. Влияние это многосторонне и включает резкие сезонные атмосферные изменения, смену влажности, длительную гипоксию, ультрафиолетовую и инфракрасную радиацию, высокую инсоляцию и так далее. Несформировавшийся организм ребенка и его адаптивная система в этих сложных условиях высокогорья находится в состоянии постоянного напряжения, длительное напряжение механизмов адаптации, ограничение несформировавшихся возможностей у детей способствуют слому адаптации и развитию заболеваний различного характера. Исходя из этого важно не только периодическое изучение состояния здоровья, характер развития ребенка, течения заболеваний, но и определение возможностей функциональных систем, отражающих адаптивные потенциалы ребенка, проживающего в условиях высокогорья, что позволит своевременно предотвращать состояния напряжения, слому адаптации и развития заболеваний у них.

Целью работы было изучение состояния здоровья, особенностей морфофункционального развития и разработки информативных критериев ранней диагностики возможных адаптивных отклонений у детей, проживающих в высокогорном районе Лерик Азербайджанской Республики.

Материал и методы исследования. По протоколу обследования, оценивающему физическое и нервно-психическое развитие, состояние основных систем и реактивность был установлен уровень здоровья 345 школьников 6-17 лет с рождения проживающих в высокогорном районе Лерик на вершине Талышских гор Азербайджанской Республики выше уровня моря на 1492-2433 метра [12]. Из дальнейшего исследования были исключены 8,40% (29) школьников со сформировавшимися различными хроническими заболеваниями. Отобранные относительно здоровые 316 детей (из них 172 мальчика 144 девочки) были распределены в три возрастные

группы: младшая школьная 106 детей 6-10 лет (56 мальчиков и 50 девочек), средняя школьная 98 детей 11-14 лет (53 мальчика и 45 девочек), старшая школьная 112 детей 15-17 лет (63 мальчиков и 49 девочек). Группа сравнения была сформирована из 112 практически здоровых детей с рождения проживающих в городе Баку.

По данным показателей физического развития детей в возрастно-половой динамике оценен уровень, гармоничность развития и соматический тип. Значения показателей развития в пределах коридора P25-P75 принимались как «средние», P3-P10 - «ниже среднего», P75-P90 - «выше среднего», в коридоре левее P3-P10 - «низкое», в коридоре правее P75-P90 как «высокое» развитие. Гармоничность развития определяли по разнице баллов распределения показателей, так при разнице 0-1 балл развитие считалось гармоничным, в 2 балла – умеренно дисгармоничным, в 3 и выше балла – дисгармоничным [12]. Определен уровень питания детей по соотношению фактической массы тела должной, при этом оптимальным уровень питания считался при значении индекса питания в интервале 95-105%, слабым - ниже 95%, высоким - выше 105%.

Результаты исследования и их обсуждение. Из отобранных 316 школьников 67,09% (212) были практически здоровы (I группа здоровья) и 32,91% (104) из группы риска (II группа здоровья). Между мальчиками и девочками и в I (67,44% (116) и 66,67% (96)), и II группах здоровья (32,56% (48) и 33,33% (48)) достоверной разницы не было. Среди детей I группы здоровья 78,30% были младшие школьники, 64,29% - средние и 58,93% старшекласники, число детей II группы здоровья было достоверно увеличенным - 21,70%, 35,71%, 41,07%. Здоровых мальчиков в сравнении с девочками соответственно возрастным группам было больше на 6,2%, 7,94%, 7,70% ($P > 0,05$).

Результаты анализа уровня питания детей, проживающих в горной местности, указанные в таблице 1, выявили отклонения уровня питания у 77,85% (246) школьников, которые проявились в 32,91% (104) случаев понижением и в 44,94% (142) повышением индекса питания. При этом у 67,09% (212) школьников отмечен средний и высокий уровень питания и лишь у 32,91% (104) в различной степени низкий. Снижение уровня питания мальчиков (38,46% (40)) в сравнении с девочками (61,54% (64)) отмечено чаще, так в младшем школьном возрасте у 48,0% (12) и 52,0% (13), в среднем школьном возрасте у 80,0% (28) и 20,0% (7), а в старшем школьном возрасте у 54,55% (24) и 45,45% (20).

Таблица 1

Изменения уровня питания детей, проживающих в горной местности в зависимости от возраста и пола (%%)

| Группы | Пол | Пониженное (<95%) | | Нормальное (95-105%) | | Повышенное (>105%) | |
|-----------|------------|-------------------|-------|----------------------|-------|--------------------|-------|
| | | Абс | % | Абс | % | Абс | % |
| 6-10 лет | М (n=56) | 12 | 48,0 | 25 | 65,79 | 19 | 44,19 |
| | Д (n=50) | 13 | 52,0 | 13 | 34,21 | 24 | 55,81 |
| | N=106 | 25 | 23,58 | 38 | 35,85 | 43 | 40,57 |
| 11-14 лет | М (n=53) | 28 | 80,0 | 5 | 38,46 | 20 | 40,0 |
| | Д (n=45) | 7 | 20,0 | 8 | 61,54 | 30 | 60,0 |
| | N=98 | 35 | 35,71 | 13 | 13,27 | 50 | 51,02 |
| 15-17 Лет | М (n=63) | 24 | 54,55 | 13 | 68,42 | 26 | 53,06 |
| | Д (n=49) | 20 | 45,45 | 6 | 31,58 | 23 | 46,94 |
| | N=112 | 44 | 39,29 | 19 | 16,96 | 49 | 43,75 |
| 6-17 Лет | М (n=172) | 64 | 61,54 | 43 | 61,43 | 65 | 45,77 |
| | Д (n= 144) | 40 | 38,46 | 27 | 38,57 | 77 | 54,23 |
| | N=316 | 104 | 32,91 | 70 | 22,15 | 142 | 44,94 |

Более существенное снижение питания у старшекласников, возможно, связано с влиянием горной местности на половой диморфизм, так как ускорение полового развития, сопровождаемое гормональными всплесками, требует выраженных энергетических затрат, что способствует напряжению адаптационных механизмов организма.

Исследования уровня физического развития школьников показали, что у младших школьников в 60,38% случаев развитие было средним, в 16,98% - «ниже среднего», 8,49% - «низкое», в 10,38% - «выше среднего» и лишь 3,77% школьников было на «высоком» уровне. В возрасте 11-14 лет число детей со средним физическим развитием уменьшалось до 13,27% случаев, дети с развитием «выше среднего» составили 47,96% ($P < 0,01$). В старшем школьном возрасте развитие «выше среднего» отмечено у мальчиков в 31,98% и у девочек в 34,72% случаев,

установлено замедление длины тела, а в младшем и среднем школьном возрасте дефицит массы тела, который отсутствовал у старшеклассников. Если физиологически у мальчиков период вытяжения приходится на 12-13 лет и у девочек на 11 лет, то в обследуемой нами группе мальчиков это происходило позже в 15 лет, а у девочек 14-15 лет. Масса тела у мальчиков до 14 лет увеличивалась медленно, после 15 лет ускорялась, у девочек задержка роста массы тела была до 12 лет (в контроле до 10 лет), интенсивность отмечалась после 13 лет (в контроле с 11 лет). Такая вариабельность, ограничение диапазона физического развития детей горной местности в сравнении с контрольной группой, возможно, связана с наличием у них состояния хронического стресса. Наряду с уровнем физического развития школьников, была оценена степень его гармоничности (Таблица 2).

Таблица 2

Гармоничность физического развития школьников, проживающих в горной местности (%)

| Возраст | Пол | Гармоничность | | Дисгармоничность | | Резкая дисгармоничность | |
|-----------|-----------|---------------|-------|------------------|-------|-------------------------|------|
| | | Абс | % | Абс | % | Абс | % |
| 6-10 лет | М (n=56) | 55 | 98,21 | 1 | 1,78 | - | - |
| | Д (n=50) | 44 | 88,0 | 6 | 12,0 | - | - |
| | N=106 | 99 | 93,4 | 7 | 6,6 | - | - |
| 11-14 лет | М (n=53) | 16 | 30,19 | 32 | 60,38 | 5 | 9,43 |
| | Д (n=45) | 20 | 44,44 | 21 | 46,67 | 4 | 8,89 |
| | N=98 | 36 | 36,73 | 53 | 54,08 | 9 | 9,18 |
| 15-17 лет | М (n=63) | 29 | 46,03 | 30 | 47,62 | 4 | 6,35 |
| | Д (n=49) | 24 | 48,98 | 25 | 51,02 | - | - |
| | N=112 | 53 | 47,32 | 55 | 49,11 | 4 | 3,57 |
| 6-17 Лет | М (n=172) | 100 | 58,14 | 63 | 36,63 | 9 | 5,23 |
| | Д (n=144) | 88 | 61,11 | 52 | 36,11 | 4 | 2,78 |
| | N=316 | 188 | 59,49 | 115 | 36,39 | 13 | 4,12 |

Среди обследованных в 40,51% случаев выявленная дисгармоничность, проявлялась в 36,39% случаев умеренной и равномерно распределенной по полу (36,63% и 36,11%), в 4,12% случаев резко дисгармоничной, которая почти вдвое чаще отмечена у мальчиков (5,23%), чем у девочек (2,78%).

В младшем школьном возрасте в 93,4% случаев дети были гармонично развиты, дисгармоничность чаще отмечалась у девочек (12,0%), умеренной она была у 6,6% школьников, при этом резкая дисгармоничность в развитии не наблюдалась. В среднем школьном возрасте число детей с гармоничным развитием резко уменьшилось (36,73%) и особенно у девочек (44,44%), а число детей с умеренной дисгармонией увеличилось (54,08%). Умеренная дисгармония чаще отмечалась у мальчиков (60,38%) в сравнении с девочками (46,67%). Резкая дисгармоничность развития в этой группе (9,18%) отмечена в равной степени, как у мальчиков, так и у девочек.

Среди детей старшего школьного возраста гармонично развитыми были чаще мальчики (47,32%), а среди умеренно дисгармонично развитых детей (49,11%) преобладали девочки (51,02%). Резкая дисгармония отмечена лишь у мальчиков (3,57%) в старшем школьном возрасте. Дисгармоничное развитие чаще формировалось у детей с нормальным уровнем физического развития (P25-P75), при этом оно было связано с замедлением роста длины тела у мальчиков в 30,2% случаев и у девочек в 22,9% случаев, а у детей с низким уровнем развития соответственно у 4,7% мальчиков и у 14,6% девочек. Дисгармония за счет дефицита массы тела у детей с нормальным уровнем развития отмечена у 27,9% мальчиков и 31,3% девочек, при низком уровне развития у 14,0% мальчиков и у 7,6% девочек (P<0,05). Окружность грудной клетки была причиной дисгармонии только у детей с высоким уровнем развития (P90-P97) у 30,8% мальчиков и 24,3% девочек.

Выводы

1. Установлено что у детей, проживающих в горной местности с возрастом, с преобладанием у мальчиков, развивается склонность к неадекватному снижению и уровня здоровья, и уровня питания, связанные с изменением обменных процессов, углублением нейроэндокринного дисбаланса.

2. Результаты исследования позволяют считать «индекс питания» критерием не только здоровья, но и критерием нарушения гомеостаза, а в старшем школьном возрасте признаком возможного развития хронического процесса или наличия условий для их развития.

3. Отмеченное у школьников замедление физиологического роста длины и массы тела, нарушение индивидуального развития в последующие годы у 20-25% школьников устраняются за счет феномена компенсации роста «гомеорезиса», который активизирует процессы развития.

4. Среди обследованных в 40,51% случаев выявленная дисгармоничность, увеличивающаяся с возрастом. В 36,39% случаев дисгармоничность была умеренной и равномерно распределенной по полу (36,63% и 36,11%), в 4,12% случаев резко дисгармоничной, которая почти вдвое чаще отмечена у мальчиков (5,23%), чем у девочек (2,78%).

5. По данным результатов исследований были разработаны региональные оценочные таблицы основных показателей физического развития детей 6-17 лет с рождения проживающих в условиях высокогорья, что позволит своевременно выявлять состояния предболезни.

Перспективы дальнейших исследований. Результаты исследований позволят разработать профилактику заболеваний детей, проживающих в условиях высокогорья, что позволит своевременно предотвращать состояния напряжения, слома адаптации и развития заболеваний у них.

Список литературы

1. Zhunusov B. A. Srovnitel'naya otsenka leykopoeza i trombocitopoeza u zdorovykh lyudey, prozhivayuschih v usloviyah nizkogorya i vyisokogorya Tyan-Shanya / B. A. Zhunusov // -Barnaul, - 2004, S. 11-22.
2. Isaev A.P. Strategiya adaptatsii cheloveka / A.P. Isaev, S.A. Lichagina // - Tyumen,- 2003, 248 s.
3. Ivanov A. B. Sostoyanie funktsionalnykh sistem organizma detey pod vozdeystviem neblagopriyatnykh faktorov okruzhayushey sredy na materiale goroda Nizhnekamska / A.B. Ivanov, O.A. Frolova // Pediatriya, - 2003, No. 2, S. 36-40.
4. Islamova N. M. Morfofunktsionalnye osobennosti detey i podrostkov goroda Naberezhnyie Chelny v svyazi s etnicheskoj prinalozhnostyu i vliyaniem faktorov okruzhayushey sredy / N. M. Islamova // - Moskva, - 2008, S.7-13.
5. Kozintsev G.I. Fiziologicheskie sistemy organizma cheloveka, osnovnyie pokazateli / G.I.Kozintsev // - Moskva: Triada-H, - 2000, 336 s.
6. Lysenko A. I. Rol sotsialnykh i biologicheskikh faktorov v formirovani sostoyniya zdorovya detey doshkolnogo vozrasta / A. I. Lysenko // Gigiena i sanitariya, - 2002, No. 3, S. 46-48.
7. Mihaylova S. A. Nauchnyie osnovy kontseptsii sohraneniya i ukrepleniya zdorovya detskogo naseleniya v napryazhennykh ekologicheskikh i sotsialnykh usloviyah / S.A. Mihaylova // - Moskva, - 2000, S. 11-38.
8. Matveeva N.A. Ekologicheskie problemy sohraneniya i ukrepleniya zdorovya shkolnikov / N.A. Matveeva, A.V. Leonov, Yu.G. Kuzmichev // Nizhnegorodskiy meditsinskiy zhurnal, - 2005, No. 1, S. 138-144.
9. Novikov V.S. Gornaya gipoksiya / V.S.Novikov, A.V. Dergunov // -Sankt-Peterburg, - 2000, S. 24-58.
10. Pohvalin I.N. Adaptatsiya k gipoksii v usloviyah vyisokogorya / I.N. Pohvalin // - 2007, S. 10-45.
11. Savicheva N. M. Rol faktorov sredy obitaniya v sformirovani zdorovya uchashchihsy./ N.M.Savicheva. Moskva, - 2005, S. 16-21.
12. İsayev İ.İ. Uşaq xəstəliklərinin propedevtikası / İ.İ.İsayev Dərslək // Bakı: Apostroff, - 2014, 480 p.
13. Fenech M.F. Nutrigenetics and Nutrigenomics: Viewpoints on Current status and Applications in Nutrition Research and Dietetics Practice./ M.F. Fenech, A.El-Sohemy, L. Cahill [et al.] // J. Nutrigenet. Nutrigenom. - 2011. Vol. 4 (2). P. 69–89.

Реферати

ОСОБЛИВОСТІ МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНОГО РОЗВИТКУ ШКОЛЯРІВ, ПРОЖИВАЮТЬ В УМОВАХ ВИСОКОГІР'Я

Ісаєв І. І., Агаєв М. А.

Обстежено 345 дітей 6-17 років, що проживають постійно в високогірному районі Лерік Азербайджанської Республіки. З них у 8,40% (29) виявлені різні хронічні захворювання, 61,45% (212) школярів співвіднесені до I та 30,15% (104) до II групи здоров'я. З віком у порівнянні з дівчатками у хлопчиків переважали схильність до зниження рівня здоров'я і харчування. Встановлено, що рівень фізичного розвитку молодших школярів у 60,38% випадків «середнє», в 16,98% - «нижче середнього», в 8,49% - «низьке», 10,38% - «вище середнього» і тільки 3,77% випадків «високе». У середньому шкільному віці число дітей із середнім рівнем розвитку зменшилося до 13,27% випадків. У старшокласників рівень фізичного розвитку в 22,32% випадків було «середнє», в 25,89% - «нижче середнього», в 11,61% - «низьке», 31,25% - «вище середнього» і тільки 8, 93% випадків «високе». Якщо у хлопчиків фізіологічне витгування відбувається в 12-13 років, а у дівчаток в 11 років, то у обстежених нами це

MORPHOFUNCTIONAL FEATURES OF THE DEVELOPMENT OF SCHOOL-AGE CHILDREN LIVING IN CONDITIONS OF HIGH MOUNTAINS

Isayev I.I., Agayev M. A.

The 345 school children from Lerik (Azerbaijan) aged from 6-17 years were surveyed for the purpose of health, nutrition, physical development, harmony and the morpho-functional features of development of children living in conditions of high mountains. Various chronic diseases were detected in 8.40% (29) children. The first group consisted of 61.45% (212) children, a second group of 30.15 % (104) children. Along with increased age, we observed the relative superiority of boys and susceptibility to changes in the low group health and nutrition index that do not comply with the age. Among young school-age children we revealed : average physical level in 60.38 % cases; below average 16.98%, low 8.49 %; above average 10.38% and 3.77% high level. The average level of middle age schoolchildren is decreased and amounted to 13, 27 %. Among senior school-age children : average physical level in 22.32 % cases; below average 25.89%, low 11.61 %; above average 31.25% and 8.93% high level. The growth sprut in boys is, on

було у хлопчиків у 15 років і дівчаток у 14-15лет, при цьому фізіологічний динамічний ріст маси і довжини тіла у дітей високогір'я уповільнений і призводить до порушення швидкості індивідуального розвитку. Так само у 40,51% школярів була встановлена дисгармоничність розвитку, більше виражена у хлопчиків, в 36,39% випадків дисгармонія була помірною і в рівній мірі в обох статей (36,63% і 36,11%), в 4,12 % випадків різка дисгармоничність в порівнянні з дівчатками (2,78%) у хлопчиків (5,23%) була в двох вираженою. Таким чином, стабільне відставання довжини і маси тіла в препубертатний і пубертатний періоди інтенсивного фізіологічного зростання школярів може бути індикатором наявності стану хронічного стресу в організмі.

Ключові слова: гірська місцевість, школярі, здоров'я, харчування, гармонійність, фізичний розвиток.

Стаття надійшла 8.01.2016 р.

average, about 2 years later than that of girls (12-13 for boys and 11 for girls) in normal. But in children living in conditions of high mountains growth sprout in boys was in 15 and in girls 14-15 years. Dynamic increase of weight of a body and growth is late and proceeds slowly. All this leads to infringement of individual progress. The mutual disharmony growing with age antropometric indicators have been diagnosed in 40.51% of the children. We remarked that disharmony among boys was particularly high. The disharmony in 36.39% cases was distributed generally and gender 36.63% and 36.11%. Boy's acute disharmony (4.12%) compared to girls (2.78%) was twice more. Thus long and stable delay of body growth and weight in the pre puberty and puberty period can be measured as an indicator of the presence in the body chronic stress.

Key words: mountain region, school age children, health, eating, harmony, fizition development.

Рецензент Гунас І.В.

УДК 616.895.87:[616.89-008.441.13:615]-05

П. В. Кирич

ВІНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

ОСОБИСТІСНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ФОРМУ ШИЗОФРЕНІЇ, ПОЄДНАНОЇ З ВЖИВАННЯМ КАНАБІНОЇДІВ

У статті наведені результати дослідження особистості хворих на параноїдну форму шизофренії, поєднаної з вживанням канабіноїдів. Акцентовані властивості особистості були визначені за допомогою методики Леонгарда-Шмішека. Виявлено, що особистість хворих на параноїдну форму шизофренії, які вживають канабіноїди, має свої особливості, які відрізняють її як від хворих на параноїдну шизофренію без супутнього вживання психоактивних речовин, так і від психічно здорових осіб, які вживають канабіноїди. Отримані дані можуть бути використані при проведенні лікувально-реабілітаційних та профілактичних заходів у даної групи хворих.

Ключові слова: параноїдна шизофренія, канабіноїди, особистість, методика Леонгарда-Шмішека.

Робота є фрагментом НДР «Клініко-психопатологічні та патофизиологічні характеристики пацієнтів з шизофренією та шизофреноподібними психозами, поєднаними з вживанням канабіноїдів», державний реєстраційний номер 0113U001378.

Особистість є найбільш складним психічним конструктором, в якому тісно переплітаються безліч соціальних і біологічних факторів. Зміна навіть одного з цих факторів істотно відбивається на його взаєминах з іншими факторами і на особистості в цілому. З цим пов'язано розмаїття підходів до вивчення особистості. В останні роки значно зріс інтерес до дослідження особистісних особливостей психічно хворих як в патофизиології, так і в клінічній психіатрії. Це пояснюється рядом обставин: по-перше, зміни особистості мають певною мірою нозологічну специфічність і можуть бути використані для вирішення питань диференціальної діагностики; по-друге, аналіз преморбідних властивостей особистості може виявитися корисним у встановленні можливих причин походження ряду захворювань; по-третє, характеристика особистісних змін в перебігу захворювання збагачує наші уявлення про його патогенетичні механізми; по-четверте, врахування особливостей особистості дуже важливе для раціональної побудови комплексу реабілітаційних заходів [1, 2]. Персонологічні дослідження при шизофренії мають дуже велике значення, оскільки тяжкість даної нозології перш за все виражається в ступені дефекту особистості, який виникає в процесі прогресування хвороби [5]. Об'єктом нашого дослідження була обрана параноїдна форма шизофренії, обтяжена вживанням канабіноїдів. Це пояснюється тим, що проблема коморбідності психічних розладів та залежності від алкоголю, наркотиків та інших психоактивних речовин є надзвичайно актуальною. Вітчизняні та іноземні дослідники останніх двох десятиліть показують, що серед хворих на алкоголізм, наркоманії та токсикоманії майже п'ята частина виявляє процесуальні ендogenous психічні захворювання. У той же час серед хворих на шизофренію та біполярний афективний розлад не менше однієї третини зловживають різноманітними психоактивними речовинами [7]. Медико-соціальна значимість проблеми безперечна. Кумуляція патогенних факторів, кожний з яких і сам по собі вже є драматичним, визначає велику трудність підбору та здійснення ефективної терапії, так і значно більш високу, у порівнянні з іншими категоріями психічно хворих, загрозу їх суспільно небезпечних дій. Якщо в працях 1950-1960-х