

7. Лапач С.Н. Основные принципы применения статистических методов в клинических испытаниях / С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич. - Киев: Морион, 2002. - 160 с.

8. Маланчук В.О. Стан вегетативної нервової системи у хворих на хронічний одонтогенний гайморит / В.О. Маланчук, В.М. Єфисько, Издкхх Фаршад [та ін.] // Журнал вушних, носових та горлових хвороб. - 2010. - № 5. - С. 43-51.

9. Полевициков А.В. Риносинуситы: механизмы развития воспаления слизистых оболочек и местная антибактериальная терапия / А.В. Полевициков // Клиническая фармакология и терапия. - 2002. - № 1 - С. 43-47.

10. Полякова Т.С. Местное применение полиоксидония в терапии полипозного риносинусита / Т.С. Полякова, Г.П. Бондарева, О.Н. Романова // Вестник оториноларингологии. - 2006. - № 2. - С. 74-81.

11. Портенко Г.М. К вопросу об иммунологической автономии слизистой оболочки носа / Г.М. Портенко // Российская ринология. - 1994. - № 1. - С. 15-19.

12. Jan Gosepath. Current concepts in therapy of chronic rhinosinusitis and nasal polyposis / Jan Gosepath, Wolf J. Mann // Department of Otolaryngology, Head and Neck Surgery, School of Medicine, University of Mainz, Germany. - 2009. - Vol. 67, № 3. - P. 91-94.

Резюме

Щацева О.Г., Лоскутова І.В. Стан вегетативної нервової системи у дітей хворих на риносинусит.

Нами під час дослідження було виявлено, що в 86,6% пацієнтів на риносинусит (РС) спостерігалися симптоми вегетативної дисфункції, що проявлялися астено-невротичним синдромом та змінами артеріального тиску. Патологічні відхилення електрокардіограми виявлено в 64,2% випадків, зміни клапанного апарату за даними ЕхоКС зареєстровано в 46,3% пацієнтів хворих на РС.

Ключові слова: риносинусит, вегетативна дисфункція, електрокардіограма, ехокардіограма.

Резюме

Щацева А.Г., Лоскутова І.В. Состояние вегетативной нервной системы у детей больных риносинуситом.

Нами в ходе исследования было выявлено, что в 86,6% пациентов с риносинуситом (РС) наблюдались симптомы вегетативной дисфункции, проявлявшиеся астено-невротическим синдромом и изменениями артериального давления. Патологические отклонения ЭКГ обнаружено в 64,2% случаев, изменения клапанного аппарата по данным ЭхоКС зарегистрировано у 46,3% пациентов с РС.

Ключевые слова: риносинусит, вегетативная дисфункция, электрокардиограмма, эхокардиограмма.

Summary

Chascheva A.G., Loskutova I.V. State of the autonomic nervous system in children with rhinosinusitis.

We have in the course of the study it was found that in 86.6% of patients with rhinosinusitis (RS) had symptoms of autonomic dysfunction, manifested asthenic-neurotic syndrome and blood pressure changes. ECG abnormalities observed in 64.2% of cases, change the valve apparatus according EchoKS reported in 46.3% of patients with RS.

Key words: rhinosinusitis, autonomic dysfunction, electrocardiogram, echocardiogram.

Рецензент: д.мед.н., проф. Л.М. Іванова

УДК 616.71+612.75-053.5/6:616.2/6-036.12 (477)

СОМАТОГЕНІЇ СЕРЕД ПАЦІЄНТІВ ДЕРМАТОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ: ІННОВАЦІЙНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІАГНОСТИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Л.В. Черкашина

*Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України
Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна МОН України*

Вступ

Дані сучасної медицини та аналіз її розвитку все більше переконають у тому, що несприятливим порушенням психіки в загально-терапевтичній клініці повинна бути відведена значно більша роль, ніж це робилося дотепер, і що немає соматичних хвороб без психічних відхилень, що впливають з них, як і немає і психічних захворювань, ізольованих від соматичних симптомів [1,2]. Взаємозв'язок психічного і соматичного здоров'я здавна є предметом теоретичних досліджень і практичних спостережень в медицині [3,4]. Сучасний етап соціального розвитку України характеризується надзвичайно високим рівнем психоемоційного напруження населення, що призводить до суттєвого погіршення рівня психічного здоров'я в популяції [5]. Структура змін захворюваності свідчить, що в Україні останніми роками відзначається значне зростання психогенних за походженням психосоматичних захворювань в терапевтичного та дерматологічного профілю та донозологічних станів [6].

Спостерігається прогресуюче збільшення кількості пограничних станів, для яких, незалежно від походження, характерним є розгорнутий симптомокомплекс психоемоційної недостатності з відповідними вегетативними та соматичними корелятами [7]. Можливість соматичної проєкції психічних факторів повинна враховуватися лікарями - інтерністами. Саме комплексний, інтегративний підхід до вивчення оцінки таких патологічних станів є важливою, а в ряді випадків - єдиною, передумовою подальшого підвищення ефективності та якості всього лікувально-діагностичного процесу [8].

Проблема своєчасного розпізнавання нозогенії і раціональної її профілактики у хворих на хронічні та системні захворювання може бути вирішена лише спільними зусиллями лікарів різних спеціаль-

ностей у межах загальноотерапевтичної клініки [9,10]. Зближення теоретичних та клінічних дисциплін, злиття їхніх методологічних підходів відкриває перед дослідниками великі наукові і практичні обрії і перспективи вирішення проблемних питань профілактики, діагностики та лікування хронічних та системних захворювань [11]. На думку А.Б.Смулевича із співавторами [12] захворювання внутрішніх органів, різні інфекції та інтоксикації нерідко є джерелами порушення психічного гомеостазу людини. При цьому порушення психічного здоров'я, що виникли внаслідок безпосереднього впливу соматичного захворювання називають соматогенними, або – соматогеніями (інколи їх називають нозогеніями).

Безсумнівно, що системні і психогенні захворювання шкіри та соматичні захворювання є стресовими факторами для психіки пацієнта [13]. При цьому, якщо захворювання виникає у людей з різними рисами особистості, то їх перебіг і результат можуть бути різними, звертає увагу на важливу роль особистісного фактора у виникненні, перебігу, терапії і профілактиці нозогеній при хронічних захворюваннях. Так, наприклад, якщо захворювання переносять тривожно-недовірливі особистості, схильні до надмірних емоційних переживань, то в них нерідко спостерігаються ускладнення у вигляді неврозу або подальшого патологічного розвитку особистості [14].

При цьому, особливо важливо враховувати преморбідні особливості особистості. Патологічні реакції особистості невротичного характеру при важких життєвих ситуаціях проявляються надмірно емоційними переживаннями, реакцією не тільки на психотравмуючу ситуацію, але і на симптоми хвороби, у таких пацієнтів спостерігається переоцінка ступеня небезпеки і можливості несприятливого результату перебігу захворювань. Реакція людини на хворобу і її наслідки, порушення звичного способу життя можуть призводити до неврозу. Однак при цьому має місце функціональна недостатність на рівні окремих органів та систем, що незалежно від переживань хворого, ускладнює адекватність самооцінки хворим стану свого здоров'я. На цьому тлі значно частіше, ніж у здорових людей формуються неврозоподібні стани [15].

Метою дослідження була клінічна верифікація алгоритмів діагностики нозогеній серед пацієнтів дерматологічного профілю.

Матеріали та методи дослідження

Для вивчення особливостей психоемоційного стану хворих, їх ставлення до хвороби, ступеня психосоціальної дезадаптації було використано психодіагностичні методики, в тому числі спеціально

розроблені для вирішення поставлених задач. Для вивчення оцінки самопочуття, активності і настрою застосовано тест диференціальної самооцінки функціонального стану (САН), збудований на принципах полярних профілів Ч. Осгуда-СДФ [16]. Відповідно до інструкції, показники самопочуття нижче 5,4 б., активності – 5,0 б., настрою – 5,1 б. розцінювалися нижче норми. Для визначення рівня тривожності як властивості психіки і стану хворих використано шкалу особистісної і реактивної тривожності С.Д. Spielberger, адаптовану Ю.Л. Ханіним [17]. На підставі даних авторів рівень тривожності менше 31 б. розцінювався як низький, 31-45 б. – помірний, понад 45 б. – високий. Рівень нейротизму, екстра- та інтроверсії вивчали за допомогою опитувальника Н.І. Eysenck [18]. Рівень нейротизму до 12 б. розцінювався як низький; 12-15 б. – помірно виражений; 16-19 – виражений; понад 19 б. – значно виражений. Показники екстра-інтроверсії інтерпретувалися за загальноприйнятою шкалою: 1-13 б. – інтровертованість (1-4 – значно виражена, 5-9 – виразна, 10-13 – помірно виразна); 14-24 бала – екстравертованість (14-17 – помірно виражена, 18-22 – виразна, 23-24 – значно виражена). При перевищенні 5 балів за шкалою валідності відповіді вважалися не об'єктивними та не враховувались.

З метою вивчення і кількісної оцінки ступеня астенизації хворих застосовували методику рахунку за Е.Крепелін у модифікації R.Schulte [19]. Згідно з методикою підраховували кількість простих арифметичних операцій та допущених при цьому помилок у виконанні пацієнтів за 8 відрізків часу тривалістю по 30 сек з побудовою відповідних графічних залежностей.

Для вивчення особливостей реагування на захворювання застосовано особистісний опитувальник Санкт-Петербурзького психоневрологічного інституту ім. В.М.Бехтерева – ЛОБІ [20,21], що дозволяє діагностувати 12 типів відношення до хвороби, які Л.І.Вассерман із співавторами [22] об'єднує в три блоки за ступенем та характером соціальної дезадаптації: 1). Типи відношення до хвороби, при яких соціальна адаптація хворих істотно не порушується (гармонійний, ергопатичний та анозогнозичний); 2). Типи дезадаптивного реагування з інтрапсихічною спрямованістю (тривожний, іпохондричний, неврастенічний, obsесивно-фобічний та апатичний); 3). Типи дезадаптивного реагування з інтерпсихічною спрямованістю (сенситивний, егоцентричний, ейфоричний та паранойяльний); вивчали частоту діагностування кожного з типів реагування.

Для вивчення психотравмуючого впливу захворювання застосовано опитувальник J. M.Sacks, S. Sidney, адаптований спеціалістами Санкт-Петербурзького психоневрологічного інституту ім. В.М.Бехтерева, 60 стандартних незакінчених речень якого доповнені 4 додатковими, що склали 16-ту систему відношень особистості «Відношення до захворювання». За методикою піддавали якісному аналізу кожне з 64 речень і підраховували питому вагу тих, що мали ознаки психотравматизації взагалі, а також тих, в яких у якості психотравмуючого фактору виступало захворювання.

З метою вивчення особливостей сприйняття хвороби і впливу її на соціальне функціонування хворих, тобто рівня соціалізації хвороби, використовували спеціальний [23] опитувальник, який містить 10 питань-тверджень, які відносяться до різних сфер соціального функціонування хворих молодого віку. Для розробки діагностичних алгоритмів використовувалися ліцензовані програмні продукти ("STATISTICA", "EXCEL" з додатковим набором програм [24]) на ПЕОМ "Pentium V".

Отримані результати та їх обговорення

Непсихотичні розлади психіки у хворих на соматичні захворювання – стани, які можуть формуватися унаслідок соматогенного або зовнішнього впливу на організм та проявляються у вигляді реакцій психічної дезадаптації або соматогенного астеничного симптомокомплексу чи невротичних розладів [25], які призводять до дезорганізації санологічної системи пацієнтів, що сприяє формуванню та розвитку або обважчує перебіг вже існуючих хронічних захворювань. Прогнозування ризику нозогенії (соматогенії) конче необхідно для формування груп динамічного нагляду та диференційованої санологічної корекції по складовим санологічної системи, для чого, зокрема, застосовуються психопрофілактичні та психотерапевтичні засоби впливу. Основними складовими санологічної системи хворих на хронічні соматичні захворювання є: тип реагування, особистісний профіль, тривожність та їх характеристика за базовими сферами діяльності.

Тип реагування визначається за допомогою особистісного опитувальника Бехтеревського інституту, що містить 57 запитань, який оцінюється по кількості позитивних відповідей [26]. Особистісний профіль пацієнта вимірюється за допомогою опитувальника диференційної оцінки функціонального стану, який містить 30 строчок, у кожній із них наведені два полярних твердження що відобража-

ють рівень самопочуття, активності і настрою та оцінюються за семібальною шкалою [25]. Тривожність оцінюється із використанням опитувальника особистісної та реактивної тривожності, що складається з 40 запитань та характеризує реактивну і особистісну тривожність, а оцінювання проводять за чотирибальною шкалою залежно від виразності проявів [27]. Характеристика базових сфер психічної діяльності проводиться із використанням модифікованого опитувальника Сакса – Сіднея, який містить 64 незакінчених речення з детермінованим реакцією початком; хворому необхідно закінчити ці речення; кожна відповідь оцінюється за трибальною шкалою та характеризує базові сфери взаємовідносин та психічної діяльності [25]

Таким чином, показник ризику непсихотичних розладів психіки – необхідний та інтегральний критерій системи санологічного моніторингу, він може використовуватися як узагальнена характеристика стану багатофакторної санологічної системи по її основним вищенаведеним компонентам. Основними засобами прогнозування непсихотичних розладів психіки є методики диференційованої самооцінки пацієнтів [28], у тому числі і з використанням спеціальних опитувальників [26].

Відомий, спосіб прогнозування непсихотичних розладів психіки [27], який передбачає використання комплексу опитувальників для оцінки стану вищеперелічених складових санологічної системи. Застосовується, також, спосіб прогнозування, який базується на багатофакторній оцінці можливих проявів непсихотичних порушень психіки [26] та передбачає пофакторний структурний аналіз психічної сфери складових санологічної системи хворих з подальшою їх узагальненою якісною характеристикою. Цей спосіб включає логічне узагальнення проявів непсихотичних порушень психічної сфери по складовим санологічної системи хворих на хронічні соматичні захворювання: типу реагування, особистісному профілю, тривожності та по базових сферах психічної діяльності; виконується впродовж трьох послідовних етапів: вимір наявних проявів за допомогою опитувальників, які передбачають прогнозування непсихотичних розладів психіки на основі діагностування наявних проявів по основним складовим санологічної системи з подальшим проведенням якісної оцінки цих проявів і складання перспективного прогнозу стану санологічної системи обстежених з використанням абстрактно-логічних силогізмів, що забезпечує одержання узагальненої якісної оцінки. Вищезга-

даний спосіб є найбільш близьким по технічній суті та результату, який може бути досягнуто, тому його обрано за прототип. Вищевказаний спосіб – ресурсозатратний та громіздкий у виконанні, що унеможливило його застосування у скринінгових та моніторингових системах. В основу авторського винаходу покладено задачу спрощення технології прогнозування неспсихотичних розладів психіки у хворих на хронічні соматичні захворювання шляхом запровадження системи кількісної оцінки стану санологічної системи [30].

Задача, яку покладено в основу винаходу, вирішується тим, що у відомому способі погнозування ризику неспсихотичних розладів психіки, який включає логічне узагальнення показників типу реагування, особистісного профілю, тривожності та базових сфер психічної діяльності, згідно з винаходом, визначають перелік найбільш інформативних критеріїв та вимірюють їх внесок у дезорганізацію санологічної системи після чого визначають загальний показник ризику неспсихотичних розладів психіки по формулі: $RS_{\text{НРП}} = SPI / L_M$, де $RS_{\text{НРП}}$ – загальний показник ризику неспсихотичних розладів; SPI – сума патометричних показників санологічної системи пацієнта; L_M – показник рівня безпомилковості прогнозу; і коли значення $RS_{\text{НРП}} \leq -1$ визначають низький ризик неспсихотичних розладів психіки; у межах: від $-1,0$ до $+1,0$ середній ризик, а у випадках коли $RS_{\text{НРП}} \geq +1,0$ – високий ризик формування неспсихотичних розладів.

Спрощення технології прогнозування ризику нозогеній (соматогеній) у хворих на соматичні захворювання досягається тим, що вимірюють та комплексно враховують найбільш прогностично цінні показники, які визначають рівень дезорганізації санологічної системи, а диференціація узагальненого показника ризику на три проміжки дозволяє співставляти результати прогнозу з традиційними для системи надання медичної допомоги населенню групами динамічного нагляду та диференційованого психопрофілактичного та психотерапевтичного впливу. Останнє відіграє важливу роль в удосконаленні технологій первинної та вторинної профілактики на різних рівнях медико-санітарної допомоги населенню. Тобто, винахід спроможний надавати допомогу лікарям загальної практики, у визначенні індивідуальних та популяційних психопрофілактичних програм і системи клінічного моніторингу неспсихотичних розладів психіки.

Спосіб виконують наступним чином: безпосередньо у натуральних умовах, наприклад при проведенні планового медичного огля-

ду пацієнта, проводять прогностичне обстеження із застосуванням опитувальника диференційної оцінки функціонального стану: містить 30 строчок, у кожній із них наведені два полярних твердження, які відображають стан самопочуття, активності і настрою та оцінюються по семибальній шкалі, опитувальника особистісної та реактивної тривожності: складається із 40 питань та характеризує реактивну і особистісну тривожність; оцінювання проводять за чотирибальною шкалою, особистісного опитувальника Бехтеревського інституту: містить 57 питань що характеризують тип реагування, який оцінюється по позитивним відповідям; та модифікованого для соматичних хворих опитувальника Сакса – Сіднея: містить 64 незакінчених речення з детермінованим реакцію початком, які необхідно досліджуваному закінчити; кожна відповідь оцінюється за трибальною шкалою та характеризує базові сфери взаємовідносин та психічної діяльності. Після чого підраховують кількість позитивних відповідей по кожному із аналізованих показників, визначають перелік найбільш інформативних критеріїв та застосовуючи формулу: $SPI_n = -p_n \log p_n$, де p_n – індекс частоти окремих проявів, вимірюють внесок окремих санологічних показників у дезорганізацію санологічної системи і визначають загальний показник ризику неспсихотичних розладів психіки по формулі: $RS_{\text{НРП}} = SPI / L_M$, де $RS_{\text{НРП}}$ – загальний показник ризику неспсихотичних розладів - соматогеній; SPI – сума патометричних показників санологічної системи пацієнта; L_M – показник рівня безпомилковості прогнозу; і коли значення $RS_{\text{НРП}} \leq -1$ визначають низький ризик, у межах: від $-1,0$ до $+1,0$ середній ризик, а у випадках коли $RS_{\text{НРП}} \geq +1,0$ – високий ризик соматогеній.

Приклад, який ілюструє спосіб. Микола В., 1970 р.н., амбулаторна картка №4001. Заключний клінічний діагноз: Психогенний дерматоз. Під час планового диспансерного огляду пацієнта, застосовуючи запропоновану технологію прогнозування з'ясовано, що має місце незадовільний рівень самопочуття ($SPI_1 = +12,1$), інтрапсихічна дезадаптація ($SPI_2 = +12,2$), зниження рівня настрою ($SPI_3 = +12,2$) та зниження рівня активності ($SPI_4 = +11,4$). Оцінивши визначені у Миколи критерії та виходячи із 99,0% рівня безпомилковості (згідно стандартної процедури прогнозування - $L_M = 27$), використовуючи формулу $RS_{\text{НРП}} = SPI / 27 = (SPI_1 + SPI_2 + SPI_3 + SPI_4) / 27 = 12,1 + 12,2 + 12,2 + 11,4 = 47,9 / 27 \approx 1,8 > 1$, що дозволяє зробити висновок про високий ризик формування соматогеній.

Нами опрацьовано алгоритм діагностики реакцій психічної дезадаптації у осіб молодого віку з поєднаними хронічними соматичними захворюваннями та психогенними дерматозами. В основу винаходу покладено задачу підвищення точності діагностики реакцій психічної дезадаптації шляхом виміру та кількісного аналізу патогномонічних для цього варіанту нозогеній [29,30].

Задача, яку покладено в основу винаходу, вирішується тим, що у відомому способі діагностики реакцій психічної дезадаптації, який включає вимір показника тривалості відновлення альфа ритму над різними ділянками головного мозку після проведення реакції активації, у випадках, коли тривалість реакції активації знаходиться у межах норми, додатково вимірюють рівень нейротизму, рівень активності, рівень особистісної тривожності та враховують наявність і виразність впливу соматичного захворювання з подальшою узагальнюючою кількісною оцінкою цих вимірів по досягненню діагностичного показника, який розраховують за формулою $ССС_{\text{рпд}} = (ДЗ_1 + ДЗ_2 + ДЗ_3 + ДЗ_4 + ДЗ_5) / Q_{\alpha-\beta}$ де $ССС_{\text{рпд}}$ – узагальнений діагностичний показник, $ДЗ_N$ – діагностичне значення окремих критеріїв, $Q_{\alpha-\beta} = 17$ – показник рівня безпомилковості діагностики; і коли $ССС_{\text{рпд}} \leq -1$ констатують наявність реакції психічної дезадаптації. Підвищення точності діагностики реакцій психічної дезадаптації досягають тим, що діагностику виконують з урахуванням комплексу критеріїв, що дозволяє у значній кількості випадків застосувати діагностику цих розладів ще на донозологічному рівні.

Спосіб виконують наступним чином: безпосередньо у натуральних умовах, наприклад при плановому обстеженні, пацієнту за допомогою електроенцефалографії проводять вимір показника тривалості відновлення альфа ритму над різними ділянками головного мозку після проведення реакції активації, у випадках, коли тривалість реакції активації знаходиться у межах норми, додатково за допомогою спеціальних опитувальників вимірюють рівень нейротизму, рівень особистісної тривожності, рівень активності, а за наявності соматичного захворювання, враховують його важкість та індивідуальну значимість; після чого за формулою $ССС_{\text{рпд}} = (ДЗ_1 + ДЗ_2 + ДЗ_3 + ДЗ_4 + ДЗ_5) / Q_{\alpha-\beta}$ розраховують діагностичний показник; де $ССС_{\text{рпд}}$ – узагальнений діагностичний показник, $ДЗ_N$ – діагностичне значення окремих критеріїв, $Q_{\alpha-\beta} = 17$ – показник рівня безпомилковості діагностики; і коли $ССС_{\text{рпд}} \leq -1$ констатують наявність реакції психічної дезадаптації.

Приклад, який ілюструє спосіб. Віктор Н., 32 роки, амбулаторна картка №4008. Заключний клінічний діагноз: Хронічний бронхіт, обструктивний, нестійка ремісія, легкий перебіг; ДН-0. Дизморфофобія. За даними електроенцефалографії з'ясовано, що показник тривалості відновлення альфа ритму над різними ділянками головного мозку після проведення реакції активації знаходиться у межах норми, а при проведенні нейропсихологічного дослідження з використанням опитувальника у пацієнта діагностовано нормальний рівень нейротизму ($ДЗ_1 = -9,0$), легку важкість перебігу соматичного захворювання ($ДЗ_2 = -3,0$), низький рівень індивідуальної соціальної значимості соматичного захворювання ($ДЗ_3 = -3,1$), нормальний рівень особистісної тривожності ($ДЗ_4 = -3,7$) та активності ($ДЗ_5 = -4,7$). Оцінивши визначені у пацієнта критерії та виходячи з допустимості 2,5% рівня помилковості діагностики (тобто $Q_{\alpha-\beta} = 17$) та застосовуючи формулу $ССС_{\text{рпд}} = (ДЗ_1 + ДЗ_2 + ДЗ_3 + ДЗ_4 + ДЗ_5) / Q_{\alpha-\beta}$ одержуємо $ССС_{\text{рпд}} = (-9,0 - 3,0 - 3,1 - 3,7 - 4,7) / 17 = -23,5 / 17 = -1,38$, що дозволяє зробити висновок про наявність реакції психічної дезадаптації.

Соматогенний астенічний симптомокомплекс – стан непсихотичних порушень психіки хворих, який розглядаються сучасною медичною наукою, як результат неадекватного реагування пацієнта на зовнішні та внутрішні подразники. Основними засобами діагностики соматогенного астенічного симптомокомплексу є спеціальні опитувальники, які здатні відображати ступінь астенізації, спричинений наявністю соматичного захворювання та реакцією хворих на захворювання [29]. Однак ці засоби дослідження надають лише можливість одержувати попередню оцінку дезадаптації, а не її діагностувати, оскільки не враховуються можливі вогнищеві та запальні ураження мозку. Таким чином, способи, які використовуються для діагностики соматогенного астенічного симптомокомплексу, розроблені з урахуванням психологічних, електрофізіологічних та клінічних показників.

Відомий спосіб діагностики соматогенного астенічного симптомокомплексу [31], який включає застосування опитувальників з наступним якісно-логічним узагальнення показників тривожності, психосоціальної значимості та клінічної оцінки важкості перебігу соматичного захворювання за умов відсутності патологічних та вогнищевих уражень мозку. Цей спосіб включає врахування вказаних показників та передбачає проведення якісної оцінки одержаних даних. Вищезга-

даний спосіб є найбільш близьким по технічній суті і результату, що може бути досягнутим, тому його обрано за прототип.

Недоліками вказаного способу є відсутність кількісної оцінки вищезгаданих показників та необхідність проведення аналізу не менш, як трьох опитувальників та, як мінімум, стандартного загальноклінічного обстеження, що обумовлює значну тривалість та ресурсозатратність способу - прототипу

В основу авторського винаходу покладено задачу скорочення терміну та зменшення ресурсозатратності діагностики соматогенного астенічного симптомокомплексу. Задача, яку покладено в основу винаходу, вирішується тим, що у відомому способі діагностики соматогенного астенічного симптомокомплексу, який включає застосування опитувальників з наступним якісно-логічним узагальненням показників рівня тривожності, психосоціальної значимості та важкості перебігу соматичного захворювання, згідно з винаходом, відсутність уражень мозку визначають за допомогою виміру альфа-ритму над різними ділянками головного мозку та у випадках, коли ці значення знаходяться у межах фізіологічної норми, додатково вимірюють рівень нейротизму, після чого у визначеній послідовності виконують кількісну оцінку цих вимірів з використанням узагальненого діагностичного показника, який розраховують за формулою $ССС_{САСК} = (ДЗ_1 + ДЗ_2 + ДЗ_3 + ДЗ_4) / Q_{\alpha-\beta}$, де $ССС_{САСК}$ - узагальнений діагностичний показник, $ДЗ_N$ - діагностичне значення окремих критеріїв, $Q_{\alpha-\beta}$ - показник рівня безпомилковості діагностики; і коли $ССС_{САСК} \leq -1$ констатують наявність соматогенного астенічного симптомокомплексу.

Скорочення терміну та зменшення ресурсозатратності діагностики соматогенного астенічного симптомокомплексу досягають тим, що діагностику можливих уражень мозку виконують, використовуючи значимий критерій - показник частоти альфа - ритму, що дозволяє у значній кількості випадків відмовитись від інших методів обстеження, а також за рахунок використання найбільш інформативних критеріїв, які містяться у опитувальниках.

Спосіб виконують наступним чином: безпосередньо у натуральних умовах, наприклад при плановому обстеженні, пацієнта із застосуванням опитувальника С.Спілбергера у модифікації Ю.Ханіна вимірюють рівень тривожності, по методиці А.Сердюка вимірюють психосоціальну значимість соматичного захворювання та, застосовуючи міжнародну класифікацію хвороб десятого

перегляду, визначають ступінь важкості перебігу захворювання; в подальшому, вимірюють альфа-ритм над різними ділянками головного мозку та у випадках, коли ці значення знаходяться у межах фізіологічної норми, додатково, застосовуючи опитувальник Н.Айзенка, вимірюють рівень нейротизму, після чого за формулою $ССС_{САСК} = (ДЗ_1 + ДЗ_2 + ДЗ_3 + ДЗ_4) / Q_{\alpha-\beta}$ розраховують діагностичний показник; де $ССС_{САСК}$ - узагальнений діагностичний показник, $ДЗ_N$ - діагностичне значення окремих критеріїв, $Q_{\alpha-\beta} = 17$ - показник рівня безпомилковості діагностики; і коли $ССС_{САСК} \leq -1$ констатують наявність соматогенного астенічного симптомокомплексу.

Приклад, який ілюструє спосіб. Микола Н., 27 років, амбулаторна картка №3027. Заключний клінічний діагноз соматичного захворювання: Хронічний бронхіт, обструктивний, нестійка ремісія, легкий перебіг; ДН-0. У результаті клініко-психологічного обстеження з'ясовано, що має місце низький рівень особистісної тривожності (-3,7), низький рівень психосоціальної значимості для хворого соматичного захворювання (-2,6), має місце легкий перебіг (-3,0); альфа-ритм над різними ділянками головного мозку знаходиться у межах фізіологічної норми, а рівень нейротизму - низький (-9,0). При рівні безпомилковості діагностики 2,0% ($Q_{\alpha-\beta} = 17,0$), застосовуючи формулу $ССС_{САСК} = (ДЗ_1 + ДЗ_2 + ДЗ_3 + ДЗ_4) / Q_{\alpha-\beta}$, одержуємо: $ССС_{САСК} = -9,0 + (-3,7) + (-2,6) + (-3,0) / 17 = 18,3 / 17 = -1,07$, що згідно до винаходу дозволяє зробити висновок про наявність у Миколи Н. соматогенного астенічного симптомокомплексу.

Висновки

1. З урахуванням міжнародного досвіду, пріоритетних стратегій та рекомендацій ВООЗ, а також базових принципів національної програми "Здоров'я нації 2010", на засадах застосування критеріїв доказової медицини, використовуючи дані власного дослідження факторів формування психосоматичних розладів у хворих дерматологічного профілю обґрунтована та застосована інтегральна система оцінки ризику та діагностики соматогенії.

2. На першому рівні, завдяки інтегрованому підходу та врахуванню загальних (для різних форм соматогенії) особистісних факторів опрацьовано скринінговий алгоритм прогнозування ризику. Застосування вказаної технології на рівні ПМСД має на меті проведення відбору осіб з високим ризиком соматогенії, а практична реалізація цієї технології може здійснюватись спеціально підготовленим середнім медичним працівником.

3. На другому рівні за допомогою спеціально опрацьованих алгоритмів клініко-психологічної діагностики різних форм психогенній у хворих на психогенні дерматози виконується задача диференційної діагностики реакцій психічної дезадаптації та соматогенного астеничного симптомокомплексу; передбачено, що на другому рівні системи оцінки психосоматичних порушень основною дійовою особою є спеціально підготовлений лікар-інтерніст (терапевт, дерматолог) або медичний психолог. Основними завданнями цього рівня є диференціація клінічного моніторингу щодо застосування методів психопрофілактики.

4. Подальші дослідження щодо клінічної верифікації алгоритмів в умовах загальнотерапевтичного та дерматологічного стаціонару повинні бути спрямовані на вивчення ефективності впровадження інноваційного забезпечення.

Література

1. Дробижев М.Ю. Нозогени (психогенные реакции) у больных соматической патологией / М.Ю. Дробижев // *Материалы XIII съезда психиатров России (10-13 октября 2000 г.)*. – М., 2000. – С.77-78.
2. Макеев В.И. Клиника диагностика реактивных состояний у больных с резидуально-органической патологией / В.И. Макеев // *Соц. и клинич. психиатрия*. – 1998. – № 2. – С.100-103.
3. Alexander F. Psychosomatic medicine its principles and applications / Alexander F. – New York, 1950. – 210 p.
4. Psychosomatic specificity: experimental studies and results / Ed. F. Alexander, T.M. French, G.H. Pollak. – Chicago, 1968. – Vol. 1. – 350 p.
5. Поширеність системних захворювань сполучної тканини у Харківському регіоні залежно від факторів довкілля / І.І. Мавров, С.П. Шкляр, В.В. Савенкова, Л.В. Черкашина // *Дерматологія та венерологія*. – 2009. – № 1. – С. 3-18.
6. Пат. 40546 U, Україна, МПК (2009) А61В10/00. Спосіб оцінки рівня психосоціальної значимості дерматозу / Черкашина Л.В. (УА). – Заявка № u200814317; Заявлено 12.12.2008; Опубліковано 10.04.2009, Бюлетень №7, 2009.
7. Михайлов Б.В. Сучасний стан і перспективи розвитку соціальної психіатрії, психотерапії і медичної психології в Україні / Б.В. Михайлов // *Укр. вісн. психоневрології*. –1998. – Т.6, вип. 1. – С. 12-14.
8. Черкашина Л.В. Перспективні напрямки наукових досліджень у галузі клінічної дерматології: психогенні дерматози / Л.В. Черкашина // *Фізичні чинники у медичній реабілітації на поліклінічному, стаціонарному та санаторному етапах: матеріали науково-практичної конференції, присвяченої 80-річчю кафедри фізіотерапії та курортології ХМАПО (4-5 грудня 2008 р.)*. – Харків, 2008. – С. 169-171.

9. Абрамов В.А. Психическая дезадаптация / В.А. Абрамов, Д.С. Лебедев // *Журнал психиатрии и медицинской психологии*. – 1995. – № 1 (2). – С. 45-55.

10. Цивилько М.А. Дифференциально-диагностические и прогностические характеристики астенических состояний при хронических соматических заболеваниях / М.А. Цивилько // *Актуал. проблемы соматопсихиатрии и психосоматики: тез. докл. на пленуме правления об-ва*. – М., 1990. – С. 279-281.

11. Кабанов М.М. Роль психических факторов в современной клинической медицине / М.М. Кабанов // *Сов. медицина*. – 1982. – № 12. – С. 91-98.

12. Смулевич А.Б. К проблеме нозогнозий / А.Б. Смулевич, А.О. Фильц, И.Г. Гусейнов // *Ипохондрия и соматоформные расстройства* / Под ред. А.Б. Смулевича. – М., 1992. – С. 111-112.

13. Лапин И.П. Соматические заболевания и психические расстройства / И.П. Лапин, Н.А. Анналова // *Харьк. мед. журн.* –1996. – № 3. – С. 9-12.

14. Гиндикин В.Я. Справочник: соматогенные и соматоформные расстройства (клиника, дифференциальная диагностика, лечение) / В.Я. Гиндикин. – М.: Триада-Х, 2000. – 256 с.

15. Александровский Ю.А. Клиническое единство и дифференциация пограничных состояний / Ю.А. Александровский // *Материалы XIII съезда психиатров России (10-13 окт. 2000 г.)*. – М., 2000. – С. 70-71.

16. Доскин В.А. Психологический тест «САН» применительно к исследованиям в области физиологии труда / В.А. Доскин, Н.А. Лаврентьева, О.М. Стронгина // *Гигиена труда и проф. заболевания*. – 1975. – № 5. – С. 28-32.

17. Ханин Ю.Л. Исследование тревоги в спорте / Ю.Л. Ханин // *Вопр. психологии*. – 1978. – № 5. – С. 94-106.

18. Eysenck H.J. Neurosen-Ursachen und Heilmethoden / H.J. Eysenck, S. Rachman. – Berlin: Deutsch. Verlag d.Wissenschaften, 1968. – 290 p.

19. Михайлов Б.В. Психотерапия в общесоматической медицине: клиническое пособие / Б.В. Михайлов, А.И. Сердюк, В.А. Федосеев. – Харьков, 2002. – 108 с.

20. Личко А.Е. Личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ) / А.Е. Личко // *Методы психол. диагностики и коррекции в клинике*. – Л.: Медицина, 1983. – С. 102-115.

21. Личко А.Е. Медико-психологическое обследование соматических больных / А.Е. Личко, Н.Я. Иванов // *Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова*. – 1980. – Т. 80, № 8. – С. 1195-1198.

22. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни: метод. рекомендации / Сост. Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова. – Л., 1987. – 27 с.

23. Сердюк А.И. Новая методика самооценки больными влияния заболевания на их социальный статус / А.И. Сердюк // *Материалы обл. науч.- практ. конф. «На грани нормы и патологии»*. – Стрелечье, 1994. – С. 173-174.

24. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных (применение пакета прикладных программ STATISTICA) / О.Ю. Реброва. - М.: МедиаСфера, 2003. - 312 с.

25. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства / Г.К. Ушаков. - М.: Медицина, 1987. - 304 с.

26. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология / В.Д. Менделевич. - М.: Медпресс, 1999. - 592 с.

27. Михайлов В.В. Психотерапия у загальносоматичній медицині: посібник для лікарів / В.В. Михайлов, О.І. Сердюк, В.А. Федосеев. - Харків: ХМАПО, 2002. - 98 с.

28. Брагина Н.Н. Функциональная асимметрия человека / Н.Н. Брагина, Т.А. Доброхотова. - М.: Медицина, 1988. - 240 с.

29. Пат. 65317 А, Україна, МКІ 7 А61В10/00. Спосіб діагностики реакцій психічної дезадаптації / Сердюк О.І., Михайлов В.В., Шкляр С.П. (UA). - № 2003076348; Заявл.08.07.2003; Опубл.15.03.2004, Бюл.№3.

30. Пат. 40547 U, Україна, МПК (2009) А61В10/00. Спосіб оцінки рівня психотравматизації хворих дерматозом / Черкашина Л.В. (UA). - Заявка №и200814318; Заявлено 12.12.2008; Опубліковано 10.04.2009, Бюлетень №7, 2009.

31. Пезеикуан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. - М.: Медицина, 1996. - 464 с.

Резюме

Черкашина Л.В. Соматогенії серед пацієнтів дерматологічного профілю: інноваційне забезпечення діагностичних технологій.

Розглянуто інноваційне забезпечення діагностики нозогеній (соматогеній) при хронічних соматичних захворюваннях та дерматозах. Наведено клінічні приклади діагностики, прогнозування та оцінки ризику нозогеній.

Ключові слова: соматична патологія, дерматози, нозогенії.

Резюме

Черкашина Л.В. Соматогенії среди пациентов дерматологического профиля: инновационное обеспечение диагностических технологий.

Рассмотрено инновационное обеспечение диагностики нозогеній (соматогеній) при хронической соматической патологии и дерматозах. Приведены клинические примеры диагностики, прогнозирования и оценки риска нозогеній.

Ключевые слова: соматическая патология, дерматозы, нозогении.

Summary

Cherkashyna L.V. Somatogenias among the patients of dermatological profile: innovative providing of diagnostic technologies.

A new innovative provision of diagnostics of nosogenias (somatogenias) in chronic somatic pathology in conditions of general therapeutic hospital. Clinical examples of diagnostics, prognosis and estimation of nosogenia risk.

Key words: somatic pathology, dermatosis, nosogenia.

Рецензент: д.мед.н., проф. С.П. Шкляр

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕННЯ РУКОПИСІВ ДЛЯ ПУБЛІКАЦІЇ

«Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології»: збірник наукових праць.

1. Збірник включений до переліку наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук в галузях медицини, біології та фармації, затвердженого постановою президії ВАК України від 14.10.2009 р. № 1-05/4 (Бюлетень ВАК України 2009. - № 11. - С. 9.).

2. До публікації у збірнику приймаються рукописи, що містять результати оригінальних біологічних, медичних, фармацевтичних досліджень, лекцій, огляди літератури, клінічні спостереження, наукову інформацію, рецензії та інші матеріали, що раніше не були опубліковані.

3. Мова публікації – українська, російська. Обов'язково надається англomовний варіант статті.

4. Стаття друкується у форматі А4 (береги: лівий – 3 см, правий – 1,5 см, верхній та нижній – по 2 см) через 1,5 інтервали у текстовому редакторі Word for Windows без ручних перенесень шрифтом Times New Roman Size 14. Обов'язково слід вказувати поштову адресу, телефон, бажано адресу електронної пошти того, з яким буде вестися листування.

5. Кожна стаття на початку повинна нести таку інформацію: індекс УДК, назва без використання абревіатур, ініціали та прізвища авторів, установа, де виконувалася робота.

6. Текст оригінальних досліджень має такі розділи: вступ, мета, матеріали та методи дослідження, отримані результати та їх обговорення, висновки.

7. Обов'язково вказується зв'язок роботи з науковими планами, програмами, темами (з зазначенням державного реєстраційного номеру).

8. Наприкінці публікуються резюме та ключові слова (3-5 слів або словосполучень) трьома мовами (українською, російською та англійською). Кожне резюме повинно мати обсяг до 200 слів і містити прізвища авторів, назву роботи, висвітлювати мету дослідження, методи, результати та висновки.

9. Матеріал може ілюструватися таблицями, рисунками, діаграмами, мікрофото та ін. Ілюстрації наводяться після їх першого згадування.

10. Висновки мають перспективи подальших досліджень.

11. Список літератури оригінальних робіт повинен бути обсягом 10-20 джерел (не менше 2-х латиницею), оглядів, лекцій – 40 джерел. Розташування джерел – за алфавітом. Посилання на бібліографічні джерела в тексті даються в квадратних дужках. Спочатку приводяться роботи українською та російською мовами, потім – іноземними в оригінальній транскрипції. Оформлення переліку літератури проводиться відповідно до вимог Державного стандарту 2006 року (бюл.ВАК 2008, № 3).