

14. Філіппов Ю.О. Хвороби органів травлення в Україні: якість медичної допомоги населенню / Ю.О. Філіппов // *Новости медицины и фармации*. – 2008. – № 239. – С. 6-7.

15. Філіппов Ю.О. Основні показники гастроентерологічної захворюваності в Україні / Ю.О. Філіппов, І.Ю. Скирда, Л.М. Петречук // *Гастроентерология: міжвід. зб.* – Дніпропетровськ, 2006. – Вип. 37. – С. 3–9.

16. Elshstein N. Polymorbidity in gastroenterological practice / N. Elshstein // *Acta Medica*. – 2006. – № 5. – Р. 70–73.

Резюме

Терешин В.О., Кривуля І.Г. Характеристика синдрому ендогенної «метаболічної» інтоксикації у хворих на хронічний вірусний гепатит В, поєднаний з хронічним панкреатитом.

У хворих на хронічний вірусний гепатит В, поєднаний з хронічним панкреатитом має місце наявність синдрому ендогенної «метаболічної» інтоксикації, що лабораторно підтверджується збільшенням рівня «середніх молекул» (СМ) у сироватці крові хворих. При проведенні загальноприйнятого лікування обстежених хворих з хронічним вірусним гепатитом В, поєднаний з хронічним панкреатитом, відмічається поступове зменшення вмісту СМ у сироватці крові, але повної нормалізації вивченого лабораторного показника не відбувається, що свідчить про недостатню ефективність загальноприйнятих підходів до лікування даних хворих.

Ключові слова: хронічний вірусний гепатит В, хронічний панкреатит, «середні молекули», синдром метаболічної інтоксикації.

Резюме

Терешин В.А., Кривуля І.Г. Характеристика синдрома ендогенної «метаболічної» інтоксикації у больових хронічним вірусним гепатитом В, поєднаним з хронічним панкреатитом.

У больових хронічним вірусним гепатитом В, поєднаним з хронічним панкреатитом відзначається наявність синдрому ендогенної метаболічної інтоксикації, що лабораторно підтверджується збільшенням рівня «середніх молекул» (СМ) в сироватці крові. При проведенні загальноприйнятого лікування обстежених больових хронічним вірусним гепатитом В, поєднаним з хронічним панкреатитом відзначається поступове зменшення вмісту СМ в сироватці крові, але повної нормалізації вивченого лабораторного показника не відбувається, що свідчить про недостатню ефективність загальноприйнятих підходів до лікування даних хворих.

Ключевые слова: хронический вирусный гепатит В, хронический панкреатит, «средние молекулы», синдром метаболической интоксикации.

Summary

Teryshin V.A., Krivulya I.G. Characterization of endogenous syndrome "metabolic intoxication in patients with chronic viral hepatitis B on background of chronic pancreatitis.

In patients with chronic viral hepatitis B on background of chronic pancreatitis occurs presence of metabolic intoxication syndrome, laboratory confirmed that increasing levels of "average molecules" (AM) in the serum. In a conventional treatment all patients observed a gradual decrease in AM content in the serum, but full normalization of biochemical parameters studied does not occur, indicating the lack of effectiveness of conventional approaches to the treatment, of the patients with this combined pathology.

Key words: chronic viral hepatitis B, chronic pancreatitis, "average molecules", metabolic intoxication syndrome.

Рецензент: д.мед.н., проф. Я.А. Соцька

УДК 611.611.– 073.432.19

ГАЛЬВАНІЧНИЙ ОПІР ШКІРИ ТА ЕЛЕКТРОШКІРНА ЧУТЛИВІСТЬ У ПАЦІЄНТІВ ЗІ СТРЕС-ІНДУКОВАНИМИ ДЕРМАТОЗАМИ ТА ПСИХОГЕННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ШКІРИ

Л.В. Черкашина

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

Вступ

Серед проблем суспільного здоров'я, визначених ВООЗ у якості пріоритетних, проблема захворювань шкіри посідає одне з провідних місць, оскільки порушення функцій шкіри, безперервний перебіг хронічних її захворювань, обмеження пацієнтів у повсякденному житті і зниження його якості потребують подальших наукових та клінічних досліджень з метою удосконалення профілактики, діагностики, лікування та реабілітації хворих на дерматози [1-3,6,8,9,13,19,22]. Усунення впливу соціально-психологічних, регіонально - економічних факторів та, власне, удосконалення системи надання дерматологічної допомоги населенню, також, розглядається у якості значимих резервів розвитку лікувально - діагностичних технологій стосовно дерматозів у різних віко - статевих групах населення [11,12,15,16,24].

Особливостям морфо - функціонального стану шкіри на етапах онтогенезу присвячено низку досліджень з позицій психофізіології [5,7,10] та дерматологів [2-4,15-18]. Доведено, що саме ці особливості можуть визначати тяжкість хронічних дерматозів [4], лікувальну тактику [2] та прогноз їх перебігу [16]. Існуючі «вікові ніші» клінічної маніфестації окремих хронічних дерматозів використовуються як в системі дерматологічного скринінгу [15,16], так і в диференційній діагностиці їх окремих нозологічних форм [4].

Згідно до сучасних уявлень, екзогенний фактор будь-якої природи (фізичний, хімічний, біологічний, соціальний, психологічний), порушуючи відносну постійність внутрішнього середовища, викликає дестабілізацію стійкості фізіологічних реакцій організму [20]. У відповідь на вплив екзогенних факторів формується відповідна реакція організму, яка спрямована на відновлення порушеної рівноваги, тобто

– адаптаційна гомеостатична реакція. Як результат, виникає два основних явища: по-перше – активація та мобілізація тієї функціональної системи, яка специфічно відповідальна за адаптацію; по-друге – неспецифічний стрес – синдром, який визначений Сельє у якості загального адаптаційного синдрому. Унаслідок цього якісно різні фактори зовнішнього та внутрішнього середовища, у разі впливу на організм, відрізняються лише своєю специфічною біологічною дією, тоді як їх неспецифічний вплив відрізняється лише кількісно [12,13].

Як продемонстровано у популяційно – епідеміологічних дослідженнях, поширеність психосоматичних розладів, пов'язаних з патологією шкіри, досить гетерогенна, що у повній мірі відноситься і до дерматозів психогенного походження; показники поширеності такої патології коливаються у межах (15÷20)% [24]. Стосовно хронічних дерматозів, психосоматичний підхід у їх діагностиці все частіше реалізується за рахунок використання спеціальних «дерматологічних індексів якості життя», застосовується також спеціальна шкала дерматологічних симптомів за узагальненим індексом клінічних проявів [14]. Слід зазначити, що психогенна природа більшості хронічних дерматозів, також не викликає сумніву [2,4,21,23,24], однак існуючі на сьогодні уявлення щодо психогенних захворювань шкіри обмежуються кількома нозологічними формами: невротична екскоріація, дерматозойна маячня, дисморфоманія та патомімія [24]: дерматотлазія (невротичні екскоріації) – результат поведінково опосередкованого нав'язливого роздратування шкіри; висипи мають поліморфний характер (екскоріації, кірки, рубці) та, насамперед, локалізуються на шкірі обличчя, верхньої частини спини та кінцівок; дисморфофобія (дисморфоманія) – неадекватність самооцінки тіла будови та шкірного покриву, що проявляється застережливими зверненнями з приводу будь яких висипів чи порушень функцій шкіри, її дериватів та слизових оболонок; патомімія (штучний дерматит) – результат несвідомого або усвідомленого пошкодження шкіри яке імітує захворювання шкіри, що проявляється рубцями, струпами, язвами з різними типами локалізації морфо-елементів; дерматозойна маячня – результат ілюзорного відчуття наявності невидимих подразників, що призводить до нав'язливого свербіжу шкіри; висипи мають, як правило, поліморфний характер у вигляді множинних екскоріацій, язв та ерозій; локалізація висипів – політопічна. Отже, клінічна морфологія елементів висипів при

ПД досить різноманітна та визначаються нозологічною формою захворювання шкіри, а також особливостями онтогенетичного розвитку, психосоматичними співвідношеннями, морфо - функціональним станом шкіри, її дериватів та слизових оболонок.

Отже, нозологічна група психогенних дерматозів зі спільним пусковим механізмом клінічної маніфестації та з тривалим перебігом, а також наявністю ускладнень, косметологічними дефектами та зниженням якості життя з позицій клінічної морфології, метаболічних, мікроелементних, гормональних порушень систематизовано не досліджена, що не сприяє ранній діагностиці, профілактиці та успішному лікуванню цієї групи хворих різного віку та статі.

У спеціальних дослідженнях продемонстровано, що аналіз електрошкірної чутливості (ЕШ) є перспективним методом інтегральної оцінки загального психоемоційного стану та стану вегетативної нервової системи. Вимір ЕШ в координатних зонах класичних енергетичних меридіанів (в концепціях рефлексогенного впливу) може бути інформативним щодо оцінки тяжкості порушень психофізіологічного стану, що, як продемонстровано в окремих дослідженнях, корелює з енергетичною конституцією людини та може бути корисним в розробці цілісної моделі клінічного моніторингу пацієнтів з психогенними дерматозами, зокрема для удосконалення консультування, психокорекції, психопрофілактики. Саме тому, комплексне урахування психофізіологічних відмінностей хворих на дерматоди у єдиній системі клінічного моніторингу дозволить визначитись стосовно потреби і напрямків дерматологічного лікування, психокорекції, психопрофілактики та донозологічної діагностики і сприятиме збереженню здоров'я у його фізичному та психологічному аспектах, включаючи соціальне функціонування особистості.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дослідження виконано у межах науково-дослідної роботи кафедри народної та нетрадиційної медицини Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України «Розробка, апробація та впровадження доказових технологій оцінки клінічної ефективності комплексної терапії із застосуванням альтернативних методів традиційної медицини» (№ держреєстрація 0108U5248).

Мета дослідження полягала у вивченні діагностичної клініко - патогенетичного значення показників гальванічного опору шкіри у пацієнтів зі стрес-індукованими дерматозами.

Матеріали та методи дослідження

Первинною інформаційною базою дослідження стали результати обстеження 148 осіб: хворих зі СІД ($n_x=74$) та практично здорових ($n_k=74$); середній вік обстежених склав $(25,2 \pm 2,4)$ р. Групи порівняння були урівноважені за віко-статевою структурою, їх формування виконано за результатами скринінгу з використанням методу копипара [14]. Пацієнти з СІД додатково були розподілені на дві підгрупи за ознакою наявності хронічної соматичної патології: $^1n_x=26$ – з СІД без соматичної патології (умовно названі як «ізолювані СІД») та $^1n_x=48$ осіб – з СІД на тлі хронічної соматичної патології. Обстеження виконано за стандартною програмою з накопиченням даних щодо проявів СІД, включаючи осіб з соматичною патологією.

Вивчення електрошкірної чутливості у хворих на СІД і пацієнтів контрольної групи виконано із застосуванням «Способу діагностики організму за станом біологічно активних точок, виміру електричного опору шкіри» на «Пристрої для виміру електричного опору шкіри у біологічно активних точках» [10]. Сутність застосованого способу полягає у вимірі гальванічного опору шкіри в точках класичних меридіанів із наступною інтерпретацією отриманих результатів; інтерпретацію здійснено шляхом порівняння отриманих величин у відповідних одиницях меридіанах симетричних частин тіла, при цьому виміри виконані у координатних зонах шкіри при величині електричного струму 150 мкА і напрузі 10 В. Пристрій для виміру електричного опору шкіри у БАТ містить вимірювач електричного опору ділянки шкіри, розміщений у ланцюзі між активним і пасивним електродами; вимірювач має струм у ланцюзі $(150 \div 180)$ мкА, напругу $(8 \div 10)$ В, а активний електрод має визначену площу контактної поверхні. Пристрій містить мікропроцесор для перетворення вимірів в цифрову форму і квантування з частотою 100 Гц та інтерфейс для передачі результатів на комп'ютер.

При виконанні дослідження застосовано відомі статистичні методи: варіаційна статистика, імовірнісний розподіл з оцінкою достовірності одержаних результатів [14]; обчислювалися за стандартною методикою з використанням адаптованої у середовищі "EXCEL" комп'ютерної програми. При проведенні інформаційного аналізу використано дані попереднього клініко-статистичного аналізу.

Отримані результати та їх обговорення

Дослідження електрошкірної чутливості (ЕШ) пацієнтів з СІД та осіб контрольної групи по БАТ меридіану легенів (P ; *Poulmons*) ви-

явило достовірно ($p < 0,01$) нижчий рівень ЕШ у пацієнтів з і СІД у порівнянні з хворими на сСІД: зліва, відповідно $(52,3 \pm 3,3)$ мкА та $(88,1 \pm 4,1)$ мкА, зправа $(56,3 \pm 4,7)$ мкА та $(82,9 \pm 2,7)$ мкА. При цьому слід зазначити, що рівень ЕШ у пацієнтів з іСІД дещо перевищував відповідні показники пацієнтів групи контролю, а його варіація знаходилась на низькому рівні $(3,2 \div 6,3)\%$; дисбаланс електрошкірної чутливості (ЕШЧ) формувався за рахунок переважання $ED_p = (26,6 \div 35,8)$ мкА у соматизованих пацієнтів та по меридіану зправа ($p < 0,01$).

ЕШ пацієнтів з СІД та осіб контрольної групи по БАТ меридіану товстого кишечника (*Grosintestin*) достовірно ($p < 0,001$) нижча рівня ЕШ у пацієнтів з іВСФР у порівнянні з хворими на сСІД: зліва, відповідно $(37,9 \pm 4,6)$ мкА та $(71,1 \pm 5,4)$ мкА, зправа $(41,4 \pm 3,2)$ мкА та $(81,4 \pm 4,8)$ мкА. При цьому, рівень ЕШ у пацієнтів з іСІД не відрізнявся від відповідних показників пацієнтів групи контролю, а його варіація знаходилась на середньому рівні, сягаючи варіації 15,3% (при іСІД, ліворуч). У цілому, дисбаланс електрошкірної чутливості (ЕШЧ) формувався за рахунок переважання $ED_c = (33,2 \div 40,8)$ мкА у соматизованих пацієнтів та по меридіану зправа ($p < 0,001$).

У пацієнтів з СІД та осіб контрольної групи ЕШ по БАТ меридіану шлунка (*Enteromac*) достовірно ($p < 0,001$) нижча рівня ЕШ пацієнтів з іСІД у порівнянні з хворими на сСІД: зліва, відповідно $(38,2 \pm 3,1)$ мкА та $(90,1 \pm 6,7)$ мкА, зправа $(39,2 \pm 4,3)$ мкА та $(91,2 \pm 2,3)$ мкА. При цьому, рівень ЕШ у пацієнтів з іСІД достовірно ($p < 0,05$) перевищував відповідні показники пацієнтів групи контролю, а його варіація знаходилась на середньому рівні, сягаючи варіації 11,3% (при іСІД, зправа). У цілому, дисбаланс електрошкірної чутливості (ЕШЧ) по цьому меридіану був найбільшим та формувався за рахунок переважання $ED_e = (51,9 \div 52,0)$ мкА у соматизованих пацієнтів та однаково зліва та зправа.

Дослідження ЕШ пацієнтів з СІД та осіб контрольної групи по БАТ меридіану селезінки та підшлункової залози (Rp ; *Rate-pacreas*) виявило достовірно ($p < 0,001$) нижчий рівень ЕШ у пацієнтів з іСІД у порівнянні з хворими на сСІД: зліва, відповідно $(48,2 \pm 3,8)$ мкА та $(88,5 \pm 5,9)$ мкА, зправа $(47,3 \pm 4,1)$ мкА та $(85,5 \pm 4,2)$ мкА. При цьому слід зазначити, що рівень ЕШ у пацієнтів з іСІД достовірно ($p < 0,001$) перевищував відповідні показники пацієнтів групи контролю, а його варіація знаходилась на низькому рівні $(4,9 \div 8,7)\%$. Дисбаланс ЕШ формувався за рахунок переважання $ED_{Rp} = (37,3 \div 40,3)$ мкА у соматизованих пацієнтів та по меридіану зліва ($p < 0,001$).

У пацієнтів з СІД та осіб контрольної групи по БАТ меридіану серця (С; *Соєи*) виявлені достовірно відмінні ($p < 0,001$) рівні ЕШ: у пацієнтів з іСІД у порівнянні з хворими на іСІД: зліва, відповідно ($35,9 \pm 4,1$) мкА та ($76,7 \pm 3,4$) мкА, зправа ($41,2 \pm 4,2$) мкА та ($77,4 \pm 6,8$) мкА. При цьому слід зазначити, що рівень ЕШ у пацієнтів з іСІД не перевищував відповідні показники пацієнтів групи контролю, а його варіація сягала середнього рівня ($4,4 \pm 11,3$ %). Дисбаланс ЕШ формувався за рахунок переважання $ЕД_C = (36,2 \pm 40,8)$ мкА у соматизованих пацієнтів та по меридіану зліва ($p < 0, 01$).



Рис. 1. Показники електрочутливості (мкА) за меридіанами (ліворуч) у пацієнтів зі стрес-індукованими дерматозами.

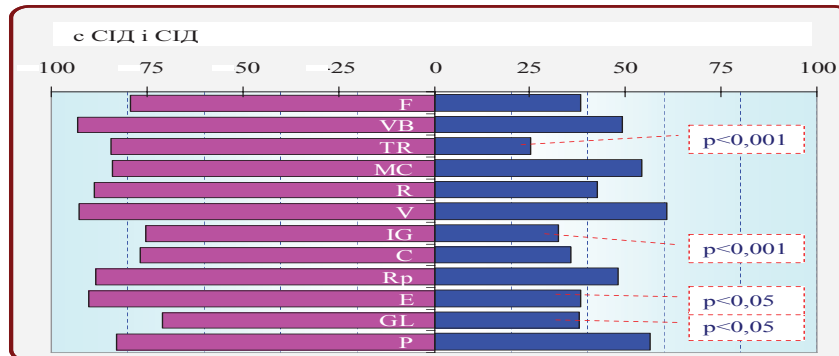


Рис. 2. Показники електрочутливості (мкА) за меридіанами (праворуч) у пацієнтів зі стрес-індукованими дерматозами.

По меридіану нирок (R) виявлено достовірне зростання електрочутливості шкіри у пацієнтів з сСІД відносно групи контролю та

зниження ЕШ у пацієнтів з іСІД відносно, як групи контролю, так і пацієнтів з сСІД. Так, по лівому меридіану нирок рівень ЕШ становив: для іВСФР - ($42,7 \pm 3,9$) мкА, для сСІД - ($88,6 \pm 4,7$) мкА та ($78,3 \pm 2,2$) мкА – у контролі, що і визначає формування відповідних значень $ЕД_R = 45,9$ мкА за умов низького рівня варіації показників. При цьому, у правому каналі нирок мала місце більша варіація показника ЕШ, насамперед при іСІД - ($42,7 \pm 3,9$) мкА, тоді як при сСІД мала місце менша варіація (становить 6,0%) та більший рівень ЕШ - ($89,3 \pm 5,4$) мкА.

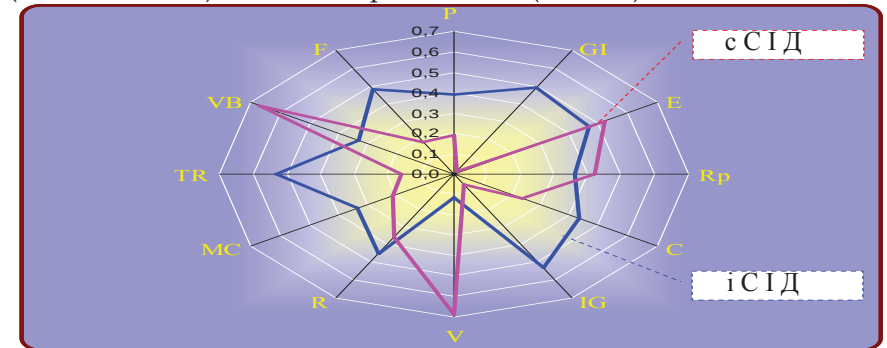


Рис. 3. Інформативність змін електрочутливості шкіри у біологічно активних точках (ліворуч) пацієнтів зі стрес-індукованими дерматозами.

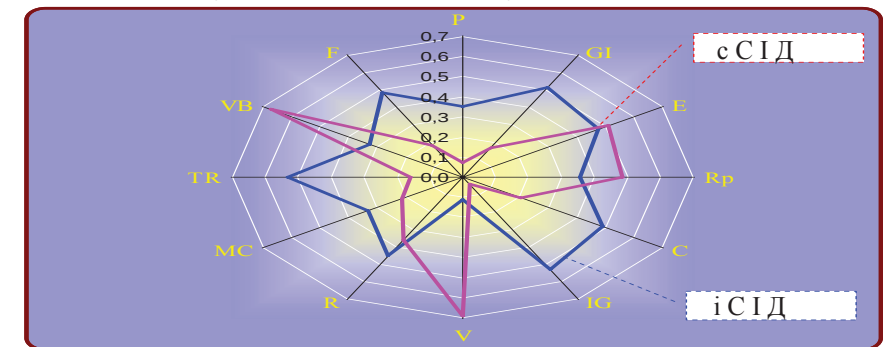


Рис. 4. Інформативність змін електрочутливості шкіри у біологічно активних точках (праворуч) пацієнтів зі стрес-індукованими дерматозами.

ЕШ на меридіані перикарда (MC) достовірно ($p < 0,05$) був більшим у пацієнтів з сСІД (ліворуч - ($84,2 \pm 5,6$) мкА, праворуч - ($90,8 \pm 5,4$) мкА), ніж при іСІД (зліва - ($54,2 \pm 3,8$) мкА, зправа - ($55,4 \pm 3,6$) мкА) та у групі контролю (зліва - ($74,0 \pm 2,8$) мкА, зправа - ($73,1 \pm 2,1$) мкА) за умов низького рівня варіації показників. більший рівень ЕШ –

(89,3±5,4) мкА. Дисбаланс ЕШ формувався за рахунок переважання $ED_{MC} = (30,0 \div 35,4)$ мкА у соматизованих пацієнтів та по меридіану зліва ($p < 0,05$). Дослідження ЕШ пацієнтів з СІД та осіб контрольної групи по БАТ меридіану трьох обігрівачів (*Triple rechauffeur*) виявило найбільш виразний дисбаланс ($p < 0,001$), що формувався за рахунок переважання $ED_{Rp} = (55,0 \div 58,9)$ мкА у пацієнтів та наднизького рівня ЕШ при іСІД; цей низький рівень до того ж супроводжується значними варіаціями показника, як по лівому меридіану, так і по правому, відповідно: (25,4±4,3) мкА та (28,9±4,8) мкА, становить (16,6-16,9)%.

По меридіану жовчного міхура (VB; *Vesicule biliaire*) виявлено достовірне зростання електрочутливості шкіри у пацієнтів з сСІД відносно групи контролю та зниження ЕШ у пацієнтів з іСІД відносно як групи контролю, так і пацієнтів з сСІД. Так, по лівому меридіану жовчного міхура рівень ЕШ становив: для іСІД - (49,1±3,7) мкА, для сСІД - (93,2±6,9) мкА та (66,8±2,7) мкА – у контролі, що і визначає формування відповідних значень $ED_{VB} = 44,1$ мкА за умов низького рівня варіації показників. При цьому, у правому каналі жовчного міхура має місце більша варіація показника ЕШ. ЕШ на меридіані печінки (F) достовірно ($p < 0,05$) був більшим у пацієнтів з сСІД (зліва - (79,4±5,7) мкА, зправа - (81,4±5,8) мкА), ніж при іСІД (зліва - (38,3±3,3) мкА, зправа - (38,2±3,6) мкА) та у групі контролю (зліва - (70,9±2,8) мкА, зправа - (71,6±2,2) мкА) за умов низького рівня варіації показників. Дисбаланс ЕШ формувався за рахунок переважання $ED_F = (41,3 \div 43,1)$ мкА у соматизованих пацієнтів та по меридіану зправа ($p < 0,05$). По меридіану сечового міхура (V; *Vessie*) виявлено значне зростання ($p < 0,001$) електрочутливості шкіри у пацієнтів з сСІД відносно групи контролю та зниження ЕШ у пацієнтів з іСІД відносно як групи контролю, так і пацієнтів з сСІД. Так, по лівому меридіану сечового міхура рівень ЕШ становив: для іСІД - (60,7±4,3) мкА, для сСІД - (92,8±5,9) мкА та (66,1±2,3) мкА – у контролі, що і визначає формування відповідних значень $ED_{VB} = 32,1$ мкА за умов низького рівня варіації показників. По правому каналу сечового міхура мала місце аналогічна тенденція.

Висновки

1. Для відображення основних відмінностей щодо формування електрочутливості шкіри хворих з клінічними варіантами стрес-індукованих дерматозів виконана їх (показників) стандартизована оцінка у системі меридіанів. Виходячи із отриманих результатів, можна дійти висновку, що перебіг ізольованих та соматизованих стрес-індукованих

дерматозів характеризуються різними електрофізіологічними процесами, що може бути використано для удосконалення їх діагностики.

2. Водночас, зазначимо, що діагностична та диференційно – діагностична цінність ЕШ – різниться. І, якщо для ранньої діагностики стрес-індукованих дерматозів у скринінговому режимі слід застосовувати діагностичну цінність показників опору шкіри в координатних зонах меридіану тонкого кишковика (IG), то для диференційної діагностики (діагностики соматизації) слід використовувати меридіани жовчного міхура, сечового міхура, селезінки та підшлункової залози.

3. Найбільш інформативними для диференційної діагностики стрес-індукованих дерматозів проявами електрочутливості шкіри є зміни показників в координатних зонах наступних каналів: меридіану жовчного міхура (VB; *Vesicule biliaire*), меридіану сечового міхура (V; *Vessie*), селезінки та підшлункової залози (Rp; *Rate-pancreas*), що і визначає першочергове їх включення до системи психофізіологічної діагностики.

4. Перспективи подальших досліджень у цьому напрямку пов'язані з вивченням кореляційних взаємозв'язків між показниками ЕШ та клініко – психофізіологічними особливостями пацієнтів зі стрес-індукованими дерматозами.

Література

1. Андрашко Ю.В. Вплив лікування у камерах штучного мікроклімату на психоемоційний статус хворих на псоріаз та atopічний дерматит / Ю.В. Андрашко, І.С. Миронюк // 36. наук. праць співробітн. КМАПО ім. П.Л.Шупика. - 2002. - Вип.11.-Кн.1.-С.22-28.
2. Болотна Л.А. Новий фармакотерапевтичний підхід до лікування псоріазу / Л.А. Болотна, О.В. Решетняк // Дерматол. та венерологія. - 2002. - № 2. - С. 56-58.
3. Касимова Л.Н. Особенности психической сферы у больных псоріазом / Л.Н. Касимова, И.И. Китаева, В.Н. Григорьева, Н.К. Никулин // Нижегородский медицинский журнал. - 2004. - № 1. - С. 8-12.
4. Мавров І.І. 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.
5. Остришко В.В. Диагностика и коррекция пограничных психических расстройств / В.В. Остришко, О.Л. Иванов, В.С. Новосёлов, Д.Б. Колесников // Вестник дерматологии и венерологии. - 1988. - № 2. - С. 34-37.
6. Панченко М.С. Поширеність та структура вегетативних соматоформних розладів / М.С. Панченко // Вісник проблем біології і медицини. - Вип.3. - С. 216-221.

7. Панченко М.С. Фактори ризику та прогнозування вегетативних соматоформних розладів у системі медико – психологічного моніторингу студентів / М.С. Панченко // Вісник проблем біології і медицини. - 2010. - Вип.4. - С. 216-222.

8. Пат.40546 У, Україна, МПК (2009) А61В10/00. Спосіб оцінки рівня психосоціальної значимості дерматозу / Черкашина Л.В. (УА). – Харківська медична академія післядипломної освіти (УА). – Заявка №и200814317; Заявл. 12.12.2008; Опубл. 10.04.2009, Бюл. №7, 2009.

9. Пат.40547 У, Україна, МПК (2009) А61В10/00. Спосіб оцінки рівня психотравматизації хворих дерматозом / Черкашина Л.В. (УА). – Харківська медична академія післядипломної освіти (УА). – Заявка №и200814318; Заявлено 12.12.2008; Опубл. 10.04.2009, Бюлетень №7, 2009.

10. Пат. 66828 У, Україна, МПК (2009) А61В10/00. Спосіб енергетичної діагностики організму / Жердецький І.Г., Штанько А.І. (УА). – Заявка №и2000074143; Заявлено 13.07.2000; Опубл. 15.06.2004, Бюлетень №6, 2004

11. Пат.57308 У, Україна, МПК А61В 5/16 (2006.01). Спосіб визначення індивідуального рівня психосоціальної значимості вегетативного соматоформного розладу / Михайлов Б.В., Панченко М.С., Черкашина Л.В. (УА). – Харківська медична академія післядипломної освіти (УА). – Заявка №и201007745; Заявл. 21.06.2010; Опубл. 25.02.2011, Бюл. №4.

12. Смулевич А.Б. Проблемы психодерматологии: современные аспекты / А.Б. Смулевич, О.Л. Иванов, А.Н. Львов, И.Ю. Дороженюк // Доктор: дерматология и лечебная косметика. - 2006. - № 9. - С. 3-18.

13. Смулевич А.Б. Терапия психосоматических расстройств. Клинические эффекты Эглонила / А.Б. Смулевич, С.В. Иванов // Психиатрия и психофармакология. - 2000. -Т.2, № 3. – С. 78-83.

14. Цыбин А.К. Клиническая значимость диагностического исследования с позиций доказательности / А.К. Цыбин, А.А. Доценко // Здравоохран. Беларуси. - 2002. - № 8. - С. 52-55.

15. Черкашина Л.В. Еколого - етіологічні чинники поширення системних уражень сполучної тканини: регіонально-популяційна оцінка (на прикладі окремих дерматозів) / Л.В. Черкашина, С.П. Шкляр // Гігієна населених місць. - 2008. - Вип. 52. - С. 475-481.

16. Черкашина Л.В. Еколого - етіологічні чинники поширення системних уражень сполучної тканини: віко – статеві особливості захворюваності та тяжкості перебігу окремих дерматозів / Л.В. Черкашина, С.П. Шкляр // Гігієна населених місць. - 2008. - Вип. 53. - С. 498-505.

17. Черкашина Л.В. Клінічна маніфестація системних дерматозів: анамнестичні і психогенні фактори / Л.В. Черкашина, В.Т. Піунов, С.В. Топчій, М.В. Кривко // Медицина І. - 2009. - № 1. - С. 23-28.

18. Черкашина Л.В. Технологія морфохронографії при системних ураженнях та порушеннях пігментного обміну шкіри / Л.В. Черкашина, С.П. Шкляр, А.М. Біловол, О.А. Броше // Реєстр галузевих нововведень МОЗ України, 2010. - Нововведення №77/32/10 по проблемі «Дерматологія та венерологія».

19. Шкляр С.П. Пріоритетні напрямки розвитку та впровадження доказових технологій оцінки клінічної ефективності комплексної терапії із застосуванням методів народної медицини / С.П. Шкляр, Л.В. Черкашина, М.В. Кривко, М.В. Пустовойт, Т.В. Фролова // Медицина І. - 2009. - № 1 (23). - С. 118-121.

20. Gupta M. The Use of Psychotropic Drugs in Dermatology / M. Gupta, A. Gupta // Dermatol. clin. - 2000. - Vol.18. - P. 711-725.

21. Juniper E. Evaluation of impairment of health related of life: development of a questionnaire for use in clinical trails / E. Juniper, G. Guyart, R. Epstein // Thorax. - 1992. - Vol. 47. - P.76-83.

22. Kruger G. The impact of psoriasis on quality of life: resalts of 1998 National Psoriasis Foundation patient membership survey / G. Kruger, J. Koo, M. Lebwohl // Arch. Dermatol. - 2001. - Vol. 137. - P. 28-284.

23. Rook A. Textbook of dermatology / A. Rook, D.S. Wilkinson, F.G. Ebling. - [5th Ed.]. - Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1990. - 347 с.

24. Taborda M.L. Assestment of the prevalence of psychological distress in patients with psyhocutaneous disorders dermatoses / M.L. Taborda, M.B. Weber, E.S. Fleitase // An. Bras. Dermatol. - 2005. - Vol. 80 (4). - P.351-354.

Резюме

Черкашина Л.В. Гальванічний опір шкіри та електрошкірна чутливість у пацієнтів зі стрес-індукованими дерматозами та психогенними захворюваннями шкіри.

За результатами порівняльного аналізу психофізіологічних показників пацієнтів з психогенними захворюваннями та осіб контрольної групи продемонстровано, що перебіг стрес-індукованих дерматозів характеризуються різними електрофізіологічними процесами, що може бути використано для удосконалення їх діагностики. Для діагностики стрес-індукованих дерматозів слід застосовувати діагностичну цінність показників опору шкіри в координатних зонах меридіану тонкого кишковика, а для диференційної діагностики слід використовувати меридіани жовчного міхура, сечового міхура, селезінки та підшлункової залози.

Ключові слова: психогенні захворювання шкіри, діагностика, електрочутливість, гальванічний опір шкіри.

Резюме

Черкашина Л.В. Гальваническое сопротивление кожи и электрокожная чувствительность у пациентов со стресс-индуцированными дерматозами и психогенными заболеваниями кожи.

По результатам сравнительного анализа психофизиологических показателей пациентов с психогенными заболеваниями кожи и лиц контрольной группы

продемонстрировано, что стресс-индуцированных дерматозов характеризуется разными электрофизиологическими процессами, что может быть использовано для совершенствования диагностики. Для диагностики стресс-индуцированных дерматозов следует использовать диагностическую ценность показателей гальванического сопротивления кожи в координатных зонах меридиана тонкого кишечника, а для дифференциальной диагностики - в координатных зонах меридианов жовчного пузыря, мочевого пузыря, селезёнки и поджелудочной железы.

Ключевые слова: психогенные заболевания кожи, диагностика, электрочувствительность, гальваническое сопротивление кожи.

Summary

Cherkashina L.V. *Galvanic skin resistance and electrodermal sensitivity of patients with stress-induced dermatoses and psychogenic skin diseases.*

For a comparative analysis of physiological parameters of patients with psychogenic diseases and the control group it is demonstrated that the course of stress-induced dermatoses is characterized by different electrophysiological processes that can be used to improve their diagnosis. For the diagnosis of stress-induced dermatoses should use the diagnostic value of skin resistance indices in the coordinate areas of thin intestine meridian, and for differential diagnosis should use the meridians of the gall bladder, urine bladder, spleen and pancreas.

Key words: psychogenic skin diseases, diagnosis, electrosensitivity, galvanic skin resistance, dermatology.

Рецензент: д.мед.н., проф. С.П. Шкляр

УДК 617.731-005-036. 11-092-085

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЗРИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗАТОРА

В.И. Щеглов, И.П. Рыжова

*Научно-практический центр эндоваскулярной
нейрорентгенохирургии АМН Украины (Киев)*

Введение

Выявление, диагностика и лечение больных с сосудистой патологией зрительного нерва является актуальной задачей современной офтальмологии [1, 2]. Сравнительно невысокая эффективность лечения сосудистых заболеваний зрительного нерва, развитие эндоваскулярной сосудистой хирургии, появление новых средств для диагностики, селективной и суперселективной ангиографии позволили по новому взглянуть на лечение пациентов с нейропатией, что повышает эффективность лечения и качество жизни больных.

Инвалидность при сосудистых заболеваниях среди всей совокупности инвалидов по зрению составляет 12,3%. В одной трети больных динамика патологического процесса и тяжесть инвалидизации нарастают, что в значительной степени обусловлено неэффективностью лечения. В течение последнего десятилетия заболевания зрительного нерва с пятого места поднялись на второе и составили 19,2% среди трудоспособного населения. Поэтому проблема сосудистых заболеваний глаза занимает одно из ведущих мест в офтальмологии [3].

Острые и хронические оптические нейропатии являются полиэтиологическим заболеванием зрительного нерва, сопровождающимся прогрессирующим снижением зрительных функций вплоть до их полной потери у больных среднего и старшего возраста. Важное значение в патогенезе нейропатии имеют генерализованные и местные нарушения микроциркуляции. Вследствие гипоксии сначала появляются функциональные расстройства нервной проводимости, затем заменяются частичной или полной атрофией волокон зрительного нерва.

По данным Л.А. Кацнельсона (1990) наиболее частая причина ишемической нейропатии является гипертоническая болезнь -