

Results and discussion. The 14 infants who died during intensive therapy, among pathological changes of the intestinal tube most frequent pathologies were edema, paresis and plethora vessels (8 cases). The second place on frequency of appearance took changes in the form of inflammatory infiltration and desquamation of mucosal epithelial layer (4 cases). Third place on frequency among pathological changes took bleeding in the mucosa and necrosis of the intestinal wall layers (3 cases). A statistically significant differences in the pathological manifestations of the pathology of the gastrointestinal tract in infants who died from the effects of asphyxia at birth and infants who died from the effects of prenatal infectious diseases were not found.

Similar changes were found in other organs and systems. These results suggest that the development of multiple organ failure syndrome in infants depends on the formation of the syndrome of gastrointestinal failure. Also, it is evidence of the same universal pathogenetic mechanism, which results in the formation of long-term signs of dying, severe tissue hypoxia and alteration.

The presence of inflammatory infiltration of tissues on the background of expressive atrophic changes in the immunoprocessing structures in form of accidental transformation of thymus and spleen pulp reduction indicates a basis of immune organ lesions in infants who die during intensive care.

Conclusion. The study of gastrointestinal tract in infants who died during intensive care made possible to identify the main pathogenic mechanisms of gastrointestinal destruction and proved that these mechanisms are universal for forming systemic lesions.

Key words: newborns, gastrointestinal failure syndrome, multiple organ failure syndrome.

*Рецензент – проф. Сонник Є. Г.
Стаття надійшла 22.06.2018 року*

DOI 10.29254/2077-4214-2018-3-1-145-194-199

УДК 616.517-092: 616.1/8 - 036.12 - 06: 616.85:612.26.015.11

Черкашина Л. В.

ПСИХОСОЦІАЛЬНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ ДЕРМАТОЗАМИ: СТРАТЕГІЯ ПЕРСОНІФІКАЦІЇ ОСВІТНЬО-ПОВЕДІНКОВОЇ КОРЕКЦІЇ ТА ЇЇ РЕАЛІЗАЦІЯ НА ЕТАПІ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України (м. Харків)

narodmed@med.edu.ua

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Дослідження виконано у межах науково-дослідної роботи «Наукове обґрунтування забезпечення доступності і якості первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засадах сімейної медицини населенню регіону» (державна реєстрація № 0100U004260), «Обґрунтування системи управління якістю та ефективністю ПМСД на засадах сімейної медицини сільському населенню» (державна реєстрація № 0101u003582).

Вступ. Відомо, що захворюваність та перебіг хронічних дерматозів (ХД) визначається впливом регіонально-екологічних [1,2], конституційно-біологічних [2,3], сімейно-генеалогічних [4] і інших факторів та є не тільки медичною, а й психосоціальною проблемою [4-6]. Окрім того, за наявності ХД, пацієнти характеризуються психотравматизацією [6,7] з формуванням відповідних особливостей психологічного стану [8]. Зважаючи на непересічну значимість адекватного сприйняття хворими на ХД захворювання та потреби в усвідомленні власної ролі щодо формування прихильності у підтримці стратегії його подолання шляхом забезпечення комплаєнсу «сімейний лікар – пацієнт», важливим є застосування засобів освітньо-поведінкової корекції (ОПК) для нівелювання впливу несприятливих особистісно-психологічних факторів [9]. Відповідно, в моделях персоналізованої ОПК необхідним є урахування емоційної, когнітивної, соматичної, контекстуальної (середовище, умови) та міжособистісної складових [5,7,8]. У вказаному контексті ефективність ОПК пов'язана, з одого боку – з відповідною прихильністю пацієнта до виконання рекомендацій лікаря ЗПСМ, а з іншого – з динамікою окремих особистісно-психологічних його

властивостей – акцепторів (лат. *accipio* – «я отримую, сприймаю») такого впливу [9,10]. Ґрунтуючись на цих підходах актуальним є визначення медико-психологічних «мішеней» при ХД, а також найбільш інформативних показників психологічного стану у якості індикаторів оцінки ефективності ОПК.

Мета дослідження полягала у визначенні напрямків психологічної підтримки та стратегії освітньо-поведінкової корекції у хворих хронічними дерматозами на етапі первинної медичної допомоги.

Об'єкт і методи досліджень. Дослідження виконано за спеціально опрацьованою програмою збирання, накопичення та аналізу результатів; задіяно 114 хворих на ХД віком 29÷58 років. Медико-психологічне обстеження хворих на ХД виконано із використанням методики диференційованої оцінки функціонального стану – САН [10], шкали тривожності по Spielberger С. у модифікації Ю.Л. Ханіна та особистісного опитувальника ЛОБІ [11]. При аналізі результатів дослідження застосовано відомі та широко вживані клініко-статистичні та клініко-інформаційні методи: анамнестичний кількісний аналіз, варіаційна статистика, імовірнісний розподіл клінічних ознак з оцінкою достовірності одержаних результатів [10,12].

Результати дослідження та їх обговорення. Загалом, серед 114 обстежених хворих ХД, (83,3±3,5)% – мали низькі значення самооцінки рівня самопочуття і лише (16,7±3,5)% оцінювати рівень самопочуття як задовільний ($p < 0,001$). В середньому, при референтному рівні самооцінки на рівні 5,4 б., її зниження до рівня (3,7±0,1) б. характеризувалось 31,5% зниженням задоволеності самопочуттям (табл. 1).

Таблиця 1.

Показники диференційної самооцінки функціонального стану хворими на хронічні дерматози

Градації	Показники диференційної самооцінки функціонального стану								
	Самопочуття (D _{C₂} =5,4) F ₂			Активність (D _{C₃} =5,0) F ₃			Настрій (D _{C₄} =5,1) F ₄		
	абс. осіб	P±m, %	M±m, балів	абс. осіб	P±m, %	M±m, балів	абс. осіб	P±m, %	M±m, балів
>ДС	95	83,3±3,5	3,7 ±0,1	98	86,0±3,3	4,1 ±0,2	86	75,4±4,0	3,5 ±0,2
ДС<	19	16,7±3,5		16	14,0±3,3		28	24,6±4,0	
всього	114	100,0		114	100,0		114	100,0	

Примітка: тут і в наступних таблицях ДС – діагностично значима, передбачена стандартною методикою обстеження; F_n – умовне позначення відповідного фактора психологічного стану пацієнтів.

Показники буденної активності пацієнтів за даними самооцінки (в середньому, в абсолютних балах) були знижені на 18,0%, що визначалося незадовільним її рівнем у 98 осіб – (86,0±3,3)%, а нормальні значення показника активності зареєстровані лише серед (14,0±3,3)% хворих на ХД (p<0,05). Аналіз рівнів настрою також виявив достовірне (p<0,05) зниження цього показника у (75,4±4,0)% хворих на ХД; однак, не дивлячись на дещо меншу часту (p<0,05) осіб з низькими рівнями настрою, виявлено що у абсолютних балах зниження показників настрою до (3,5±0,2) б. було більш виразним ніж показників активності чи самопочуття (знижено на 31,4%).

При аналізі рівнів особистісної тривожності з'ясовано (табл. 2), що у цілому пацієнти характеризуються надмірною (в середньому на 50,5% вища ніж референтні значення) тривожністю: частка осіб з помірно (у межах 31-45 б.) підвищеним рівнем особистісної тривожності – (44,7±4,7) %, тоді як більшість пацієнтів мали високий (понад 45 б.) рівень особистісної тривожності – (53,5±4,7)%.

Аналіз показників реактивної тривожності виявив, що в середньому її рівень становив (39,8±1,6)

сів та емоційну нестійкість. Середні значення рівня нейротизму у пацієнтів з ХД становлять (14,9±1,5) б.

Зважаючи на те, що показники екстра / інтровертованості хворих на ХД є достатньо стабільними характеристиками, а показник нейротизму корелює зі станом емоційної напруженості, можна дійти висновку, що в разі ХД має місце зміна характерологічних рис особистості на тлі зростання рівня емоційної напруженості пацієнтів. Це свідчить з одного боку, про високу питому вагу пацієнтів, які мають його високі та дуже високі рівні, з іншого – про зростання питомої ваги інтровертів, за рахунок зменшення питомої ваги екстравертів (див. табл. 3).

Рівні особистісної та реактивної тривожності хворих на хронічні дерматози

Рівні тривожності по Spielberger С. у модифікації Ю.Л. Ханіна*						
градації	особистісна тривожність (D _{C₅} =31) F ₅			реактивна тривожність (D _{C₆} =31) F ₆		
	абс. осіб	P±m, %	M±m, балів	абс. осіб	P±m, %	M±m, балів
до 30 балів	2	1,8±1,2	46,7 ±1,3	3	2,6±1,5	39,8±1,6
31÷45 балів	51	44,7±4,7		67	58,8±4,6	
понад 45 балів	61	53,5±4,7		44	38,6±4,6	
всього	114	100,0		114	100,0	

б. та на 27,7% перевищував референтні значення, а у межах цих значень – лише (2,6±1,5) пацієнтів, тоді як помірний рівень (31÷45 б.) реактивної тривожності становить (58,8±4,6)%; більш як третина пацієнтів має високий рівень реактивної тривожності – (38,6±4,6)%. Наведене свідчить про особливості реагування пацієнтів, що проявляється у формуванні психосоматичного стану, який характеризується високими рівнями як особистісної, так і реактивної тривожності.

Аналіз характерологічних особливостей пацієнтів (табл. 3), зокрема показників екстра- / інтроверсії та рівня нейротизму, виявив, що у цілому (14,8±3,3)% осіб мають виразний, а (40,2±4,0)% – високий його рівень, що характеризує неурівноваженість нервово-психічних, лабільність вегетативних проце-

Таблиця 2.

Застосування психодіагностичного інструментарію для оцінки особистісних властивостей пацієнтів з ХД, дозволило охарактеризувати вплив захворювання шкіри на психосоматичний стан пацієнтів (табл. 4-7).

За наявності ХД у (19,3±3,7)% хворих порушується гармонійність взаємовідношень з оточуючими; таку властивість особистості як тривожність діагностовано у (48,2±4,7)% пацієнтів. При цьому, виразність (інтенсивність) дисгармонійності взаємовідношень з оточуючими та тривожності, відповідно становить (5,3±0,3) б. та (3,7±0,2) б. Отримані дані дозволяють дійти висновку, що за наявності ХД має місце висока частота іпохондричності – діагностована у (15,8±3,4)% пацієнтів, а виразність іпохондричності становить (2,4±0,4) б. Частота діагностованих рівнів апатичності (табл. 5), як влас-

Рівні нейротизму та екстра-/ інтроверсії хворих на хронічні дерматози

Показники (F ₉ = 3,2±0,3) по Н.Ейсенку* у модифікації ЛНДІПН						
Градації рівнів	нейротизм (D _{C₇} =16) F ₇			екстра-/інтроверсія (D _{C₈} =16) F ₈		
	абс. осіб	P±m, %	M±m, б.	абс. осіб	P±m, %	M±m, б.
I	21	18,3±3,6	14,9 ±1,5	28	24,6±4,0	7,9 ±0,4
II	16	13,9±3,2		27	23,7±4,0	
III	14	12,2±3,0		23	20,2±3,8	
IV	17	14,8±3,3		25	21,9±3,9	17,1 ±0,6
V	27	23,7±4,0		10	8,8±2,6	
VI	19	16,5±3,5		1	0,9±0,9	
всього	114	100,0		114	100,0	11,8±0,5

Примітка: * – градації нейротизму: I–до 12 б., II–12÷13 б.; III–14÷15 б.; IV– 16÷17 б.; V – 18÷19 б.; VI – понад 19 б.; градації екстра- / інтроверсії: I – 1÷4 б., II –5÷9 б.; III – 10÷13 б.; IV – 14÷17 б.; V – 18÷22 б.; VI – 23÷24 б.

Таблиця 3.

Таблиця 4. Рівні гармонійності, тривожності та іпохондричності, як властивостей особистості хворих на хронічні дерматози

Особистісний опитувальник ЛНДІПН ім. В.М.Бехтерева – ЛОБІ									
градації	гармонійність (ДС ₁₀ =7) F ₁₀			тривожність (ДС ₁₁ =4) F ₁₁			іпохондричність (ДС ₁₂ =3) F ₁₂		
	абс. осіб	P±m, %	M±m, балів	абс. осіб	P±m, %	M±m, балів	абс. осіб	P±m, %	M±m, балів
< ДС	92	80,7±3,7	5,3 ±0,3	59	51,8±4,7	3,7 ±0,2	96	84,2±3,4	2,4 ±0,4
ДС ≥	22	19,3±3,7		55	48,2±4,7		18	15,8±3,4	
всього	114	100,0	114	100,0	114	100,0			

Таблиця 5. Рівні неврастенічності, obsесивності та апатичності, як властивостей особистості хворих на хронічні дерматози

Особистісний опитувальник ЛНДІПН ім. В.М.Бехтерева – ЛОБІ									
градації	апатичність (ДС ₁₃ =3) F ₁₃			неврастенічність (ДС ₁₄ =3) F ₁₄			obsесивність (ДС ₁₅ =4) F ₁₅		
	абс. осіб	P±m, %	M±m, балів	абс. осіб	P±m, %	M±m, балів	абс. осіб	P±m, %	M±m, балів
< ДС	108	94,7±2,1	2,1 ±0,3	47	41,2±4,6	2,8 ±0,2	45	39,5±4,6	3,7 ±0,4
ДС ≥	6	5,3±2,1		67	58,8±4,6		69	60,5±4,6	
всього	114	100,0	114	100,0	114	100,0			

Таблиця 6. Рівні сенситивності, егоцентричності та ейфоричності, як властивостей особистості хворих на хронічні дерматози

Особистісний опитувальник ЛНДІПН ім. В.М.Бехтерева – ЛОБІ									
градації	сенситивність (ДС ₁₆ =3) F ₁₆			егоцентричність (ДС ₁₇ =3) F ₁₇			ейфоричність (ДС ₁₈ =5) F ₁₈		
	абс. осіб	P±m, %	M±m, балів	абс. осіб	P±m, %	M±m, балів	абс. осіб	P±m, %	M±m, балів
< ДС	70	61,4±4,6	2,9 ±0,1	75	65,8±4,4	1,7 ±0,3	97	85,1±3,3	3,7 ±0,2
ДС ≥	44	38,6±4,6		39	34,2±4,4		17	14,9±3,3	
всього	114	100,0	114	100,0	114	100,0			

Таблиця 7. Рівні анозогнозичності, ергопатичності та паранояльності, як властивостей особистості хворих на хронічні дерматози

Особистісний опитувальник ЛНДІПН ім. В.М.Бехтерева – ЛОБІ									
градації	анозогнозичність (ДС ₁₉ =5) F ₁₉			ергопатичність (ДС ₂₀ =6) F ₂₀			паранояльність (ДС ₂₁ =3) F ₂₁		
	абс. осіб	P±m, %	M±m, балів	абс. осіб	P±m, %	M±m, балів	абс. осіб	P±m, %	M±m, балів
< ДС	107	93,9±2,2	4,1 ±0,3*	89	78,1±3,9	5,6 ±0,2	98	86,0±3,3	2,3 ±0,2
ДС ≥	7	6,1±2,2		25	21,9±3,9		16	14,0±3,3	
всього	114	100,0	114	100,0	114	100,0			

тивості особистості – (5,3±2,1)%, а їх виразність серед хворих на ХД (2,1±0,3) б.

Слід зазначити, що рівень неврастенічності обстежених сягав в середньому (58,8±4,6)% та був значно вираженим – (2,8±0,2) б. Частота осіб з діагностично значимим рівнем obsесивності серед хворих на ХД сягала в середньому (60,5±4,6)%, а виразність цих проявів становила (3,7±0,4) б.

Частота сенситивності (див. табл. 6) серед пацієнтів з ХД становила (38,6±4,6)% та характеризувалась практично максимальною виразністю проявів

(2,9±0,1) б., на відміну від рівня егоцентричності (становив (34,2±4,4)%), виразність проявів якого була значно меншою діагностичної суми та становила (1,7±0,3) б. діагностично значимі рівні ейфоричності хворих на ХД виявлені у (14,9±3,3)% з виразністю проявів ейфоричності (3,7±0,2) б. Діагностично значимі рівні анозогнозичності (див. табл. 7) серед хворих на ХД склали (6,1±2,2)%, ергопатичності – (21,9±3,9)%, паранояльності – (14,0±3,3)%; виразність цих проявів відповідно становила (4,1±0,3) б., (5,6±0,2) б. та (2,3±0,2) б.

Таким чином, у результаті дослідження частоти та виразності особистісно-психологічних факторів хворих на ХД нами отримано вихідні індикатори для формування узагальненого інформаційно-психологічного портрету пацієнтів з ХД. Однак, як відомо з одержаних даних, з одного боку – частота діагностично значимого рівня фактора може бути високою, а виразність – незначною; з іншого – навпаки: при низькій частоті діагностично-значимих рівнів має місце значна виразність проявів. Саме тому (табл. 8), для отримання узагальненого інформаційно-психологічного портрету при урахуванні цих обставин, нами застосовано елементи багатфакторного інформаційного моделювання з використанням показників частоти (у частках одиниці), виразності (у частках одиниці, як співвідношення між значенням діагностичної суми та одержаним у дослідженні відповідним показником).

За цими показниками виконано розрахунок інтегрального індексу психологічної ознаки (I_{пз}) з визначенням та ранжуванням акцептор-індикаторів (найбільш характерних психологічних особливостей) для ОПК у хворих на хронічні дерматози [13].

Висновки

1. У (75,4-86,0)% хворих на ХД має місце переважне зниження базових показників САН, а глибина цих порушень (у балах) – на (18,0÷31,5)% нижча референтних значень. Це можна пояснити формуванням особливого психосоматичного стану з подальшою (на етапах розвитку ХД) психологічною адаптацією до життя в умовах наявного ХД.

Таблиця 8.

Ранговий розподіл акцептор-індикаторів освітньо-поведінкової корекції хворих на хронічні дерматози

Особистісно-психологічні індикатори	Стандартизовані показники		I _{пз}	Ранг індикатора ОПК
	частоти	виразності		
F ₅ : особистісна тривожність	0,535	1,506	0,80	1
F ₃ : активність	0,860	0,820	0,71	2
F ₂ : самопочуття	0,833	0,685	0,57	3
F ₆ : реактивна тривожність	0,386	1,287	0,52	4,5
F ₄ : настрої	0,754	0,686	0,52	4,5
F ₁₄ : рівень неврастенічності	0,558	0,930	0,50	6
F ₁₁ : рівень тривожності	0,482	0,925	0,45	7
F ₇ : рівень нейротизму	0,450	0,931	0,42	8
F ₁₆ : рівень сенситивності	0,386	0,967	0,37	9,5
F ₁₅ : рівень обсесивності	0,395	0,925	0,37	9,5
F ₈ : рівень екстраверсії	0,687	0,494	0,34	11,5
F ₉ : рівень інтроверсії	0,313	1,069	0,34	11,5
F ₂₀ : рівень ергопатичності	0,219	0,933	0,20	13
F ₁₇ : рівень егоцентричності	0,342	0,567	0,19	14
F ₁₀ : рівень гармонійності	0,193	0,757	0,15	15
F ₁₂ : рівень іпохондричності	0,158	0,800	0,13	16
F ₁₈ : рівень ейфоричності	0,149	0,740	0,11	17,5
F ₂₁ : рівень паранояльності	0,140	0,767	0,11	17,5
F ₁₀ : рівень анозогнозичності	0,061	0,820	0,05	19
F ₁₃ : рівень апатичності	0,053	0,700	0,04	20

Примітка: СП – стандартизований індекс відповідних показників (частота / виразність), I_{пз} – психологічної ознаки для хворих на хронічні дерматози, р – ранг психологічної ознаки (фактора), F_n – відповідний фактор / ознака.

2. У пацієнтів з ХД, на тлі формування психосоматичного стану, який характеризується високими рівнями особистісної та реактивної тривожності, як проявів реакції психічної дезадаптації, зростає емоційна напруженість та невірноваженість нервово-психічних процесів, лабільність вегетативної нервової системи та збудливість. За умов наявності ХД, це впливає на зміну характерологічних рис пацієнта та призводить до «фіксації» у внутрішній картині здоров'я стійких психосоматичних розладів.

3. Ранговий розподіл психологічних факторів за показником їх диференційованої інформативності при ХД виявив, що у якості найбільш інформативних акцептор-індикаторів ОПК на рівні ПМСД доцільно використовувати: показник особистісної тривожності (перше рангове місце), активності (друге), самопочуття (третє), реактивної тривожності (четверте) та рівня настрою (п'яте рангове місце).

Перспективи подальших досліджень пов'язані з оцінкою ефективності ОПК у хворих на ХД з використанням динаміки змін відповідних, властивих для цієї категорії пацієнтів, акцептор-індикаторів.

Література

- Mavrov II, Savenkova VV, Cherkashyna LV, Shklyar SP. Metodyka vyvchennya regionalnoyi poshyrenosti dermatoziv z urakhuvanniam faktoriv dovkilliya. Reyestr galuzevykh novovveden MOZ Ukrainy. 2009;73/30/09. [in Ukrainian].
- Mavrov II, Shklyar SP, Savenkova VV, Cherkashyna LV. Poshyrenist systemnykh zakhvoryuvan spoluchnoyi tkanyny (z perevazhny'm urazhenniam shkiry) u Kharkivskomu regioni zalezhno vid faktoriv dovkilliya. Dermatologiya ta venerologiya. 2009;1:3-18. [in Ukrainian].
- Cherkashyna LV, Mavrov II, Myasoyedov VV. Metodyka ocinky ryzkyu psykhogennogo zakhvoryuvannya shkiry za kompleksom konstytucijno-biologichnykh faktoriv. Reyestr galuzevykh novovveden MOZ Ukrainy. 2009;72/30/09. [in Ukrainian].
- Cherkashyna LV. Psykhogenni dermatozy: ocinka psykhosotsialnoyi znachymosti na etapakh dermatologichnogo monitoryngu. Zbirnyk naukovykh prac spivrobotnykiv NMAPO imeni P.L. Shupyka. 2012;21:122-30. [in Ukrainian].
- Garnyk TP, Myhajlov BV, Cherkashyna LV, Shklyar SP, Serdyuk OI. Ocinka rivnya somatogennoyi astenizaciyi pry` khronichny`kh zakhvoryuvannyaх ta dermatozax riznogo genezu. Reyestr galuzevykh novovveden MOZ Ukrainy. 2010;477/33/10. [in Ukrainian].
- Cherkashyna LV, vynakhidnyk; Kharkivska medychna akademiya pislyadyplomnoyi osvity, patentovlasnyk. Sposib ocinky rivnya psykhosotsialnoyi znachymosti dermatozu. Patent Ukrainy № 40546. 2009 Kvit 10. [in Ukrainian].
- Cherkashyna LV. Psykhogenni dermatozy: ocinka rivnya psykhotravmatyzaciyi khvorykh. Medycyna I. 2009;2(24):78-84. [in Ukrainian].
- Cherkashyna LV. Somatogeniyi sered paciyentiv dermatologichnogo profilyu: innovacijne zabezpechennya diagnostychnykh texnologij. Problemy ekologichnoyi ta medychnoyi genetyky i klinichnoyi imunologiyi. 2013;2(116):345-58. [in Ukrainian].
- Shklyar SP, Cherkashyna LV, Frolova TV, Okhapkina OV. Monitoryng zdorovya naselennya – udoskonalennya pervynnoyi medyko – sanitarnoyi dopomogy v umovakh reformuvannya galuzi: innovacijne zabezpechennya. Zyizd specialistiv z socialnoyi medycyny ta organizatoriv okhorony zdorovya. 2008 Trav 15-17; Zhytomyr. Kyiv: MOZ Ukrainy; 2008. s. 260-2. [in Ukrainian].
- Lychko AE, Yvanov NYa. Medyko-psykhologicheskoe obsledovanye somatycheskykh bolnykh. Zhurn. nevropat. y psykhyatryy. 1980;8:1195-8. [in Russian].
- Lyshhuk VA. Ynformatzacyya klynycheskoj medycy`ne. Klynycheskaya ynformatyka y telemedycyna. 2004;1:7-13. [in Russian].
- Moskalenko VM, redaktor. Socialna medycyna ta organizaciya okhorony zdorovya. Ternopil: 2002. s. 50-75. [in Ukrainian].
- Cherkashyna LV, vynakhidnyk; Kharkivska medychna akademiya pislyadyplomnoyi osvity, patentovlasnyk. Sposib ocinky rivnya psykhotravmatyzaciyi khvorykh dermatozom. Patent Ukrainy № 40547. 2009 Ly`p 15. [in Ukrainian].

ПСИХОСОЦІАЛЬНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ ДЕРМАТОЗАМИ: СТРАТЕГІЯ ПЕРСОНІФІКАЦІЇ ОСВІТНЬО-ПОВЕДІНКОВОЇ КОРЕКЦІЇ ТА ЇЇ РЕАЛІЗАЦІЯ НА ЕТАПІ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
Черкашина Л. В.

Резюме. За результатами медико-психологічного дослідження серед 114 хворих на хронічні дерматози виявлено, що (75,4-86,0)% пацієнтів характеризуються зниженням базових показників САН, а глибина цих порушень (у балах) – на (18,0÷31,5)% нижча референтних значень, що пояснено формуванням особливого психосоматичного стану з психологічною адаптацією до життя в умовах наявного ХД. Виявлено, що при ХД на тлі формування психосоматичного стану, який характеризується високими рівнями особистісної та реактивної тривожності, як проявів реакції психічної дезадаптації, зростає емоційна напруженість та невірноваженість нервово-психічних процесів, лабільність вегетативної нервової системи та збудливість. За умов наявності ХД, це впливає на зміну характерологічних рис пацієнта та призводить до «фіксації» у внутрішній картині здоров'я

стійких психосоматичних розладів. Виконано ранговий розподіл психологічних факторів за показником їх диференційованої інформативності при ХД та доведено, що у якості найбільш інформативних акцептор-індикаторів ОПК на рівні ПМСД доцільно використовувати: показник особистісної тривожності (перше рангове місце), активності (друге), самопочуття (третє), реактивної тривожності (четверте) та рівня настрою (п'яте рангове місце).

Ключові слова: загальна практика, хронічний дерматоз, акцептор-індикатор, освітньо-поведінкова корекція.

ПСИХОСОЦИАЛЬНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ: СТРАТЕГИЯ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ И ЕЁ РЕАЛИЗАЦИЯ НА ЭТАПЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Черкашина Л. В.

Резюме. По результатам медико-психологического обследования 114 больных хроническими дерматозами (ХД) выявлено, что (75,4÷86,0)% пациентов характеризуются снижением базовых показателей по опроснику «Самочувствие, активность, настроение», а глубина этих нарушений (в баллах) – на (18,0÷31,5)% ниже референтных показателей, что объяснено формированием особенного психосоматического состояния с психологической адаптацией к жизни в условиях наличия ХД. Выявлено, что при ХД на фоне формирования психофизиологического состояния характеризующегося высокими уровнями личностно и реактивной тревожности, как проявлений реакции психической дезадаптации, возрастает эмоциональная напряжённость и неуравновешенность нервно-психических процессов, лабильность вегетативной нервной системы и возбудимость. Это может приводить к «фиксации» во внутренней картине здоровья стойких психосоматических расстройств. В исследовании выполнено ранговое распределение психологических факторов по показателю их дифференцированной информативности при ХД и доказано, что в качестве наиболее информативных из них – акцептор-индикаторов образовательно-поведенческой коррекции на этапе первичной медицинской помощи целесообразно использовать: показатель личностной тревожности (первое ранговое место), активности (второе), самочувствия (третье), реактивной тревожности (четвёртое), уровня настроения (пятое ранговое место).

Ключевые слова: общая практика, хронический дерматоз, акцептор-индикатор, образовательно-поведенческая коррекция.

PSYCHOSOCIAL MANAGEMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC DERMATOSES: STRATEGY OF PATIENT-SPECIFIC EDUCATION-BEHAVIORAL CORRECTION AND ITS IMPLEMENTATION AT THE PRIMARY MEDICAL CARE STAGE

Cherkashyna L. V.

Abstract. The results of the medical and psychological research have determined the decrease in the basic functional status parameters among 114 patients with chronic dermatoses, which amounted to 75.4–86.0% of patients, and the depth of these disorders (in points) was by 18.0 ÷ 31.5 % lower than the referential values, which can be explained by the formation of a special psychosomatic state with psychosocial adaptation to life in conditions of chronic dermatosis.

According to the self-assessment data (averagely, in absolute points) the indicators of the everyday activity of the patients were reduced by 18.0%, which was determined by its unsatisfactory level in 98 patients – (86.0 ± 3.3)%, and the normal values of the activity index were registered only among (14.0 ± 3.3)% of patients with chronic dermatosis ($p < 0.05$). The mood level analysis also revealed the significant ($p < 0.05$) decrease in the mentioned indicator in (75.4 ± 4.0)% of patients with chronic dermatosis; however, despite a somewhat lower frequency ($p < 0.05$) of patients with the low mood level, it was found that in the absolute points the decrease in mood indicators to (3.5 ± 0.2) points was more marked, than the indicators of activity or general state (reduced by 31.4%).

When analyzing the personal anxiety levels, it was found out that generally the patients presented with the excessive (averagely, by 50.5% higher than the referential values) anxiety: the proportion of individuals with the moderately (within 31–45 points) increased level of personal anxiety amounted to (44, 7 ± 4.7)%, whereas the majority of patients had a high (more than 45 points) personal anxiety – (53.5 ± 4.7)%. The analysis of the reactive anxiety indicators revealed that, averagely, its level was (39.8 ± 1.6) points and by 27.7% higher than the referential values and within these values – only (2.6 ± 1.5) patients, but the moderate level (31 ÷ 45 points) of reactive anxiety was (58.8 ± 4.6)%; the high level of reactive anxiety – (38.6 ± 4.6)% was observed in more than a third of the patients. The data obtained have indicated the peculiarities of patients' response, manifested in formation of the psychosomatic state, which is characterized by the high level of personal and reactive anxiety.

In the presence of chronic dermatoses in (19.3 ± 3.7)% of patients the disharmony in relationships with other people can be observed; anxiety was diagnosed in (48, 2 ± 4.7)% of patients. In this case the expressiveness (intensity) of harmony disorders and anxiety amounted to (5.3 ± 0.3) points and (3.7 ± 0.2) points, correspondingly. The results of the study make it possible to conclude that in chronic dermatoses the high incidence of hypochondria occurred; it was diagnosed in (15.8 ± 3.4)% of patients, and the expressiveness of hypochondria was (2.4 ± 0.4) points.

It was determined that in case of chronic dermatoses on the background of psychosomatic disorders formation characterized by the high level of personal and reactive anxiety as the manifestations of mental disadaptation response, the emotional tension and neuropsychic processes imbalance, lability of the autonomic nervous system and excitability were aggravating. Chronic dermatoses can cause the changes in the character traits of the patients and fixation of the resistant psychosomatic disorders in the inner course of health. The rank distribution of psychological factors according to their differential informativity indicator in case of chronic dermatoses was carried

out. It has been proved that the most informative acceptor indicators of the education-behavioral correction at the level of PHC which can be reasonably applied are: the personal anxiety indicator (first rank place), activity (second), the general health state (third), reactive anxiety (fourth) and the level of mood (fifth rank place).

Key words: general practice, chronic dermatosis, acceptor indicator, education-behavioral correction.

Рецензент – проф. Скрипник І. М.

Стаття надійшла 22.08.2018 року

DOI 10.29254/2077-4214-2018-3-1-145-199-203

УДК 617.713-007.64

¹Шаргородська І. В., ²Леменева А. А.

НОВІ МОЖЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРОБИ СУХОГО ОКА

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України (м. Київ)

²Київська міська клінічна офтальмологічна лікарня «Центр мікрохірургії ока» (м. Київ)

ishargorodskamd@hotmail.com

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Робота була виконана в рамках НДР кафедри офтальмології НМАПО імені П.Л. Шупика: «Клінічне та експериментальне обґрунтування діагностики, лікування і профілактики рефракційних, дистрофічних, травматичних і запальних захворювань органу зору» (№ державної реєстрації 0116U002821, дати виконання 2016-2020 року).

Вступ. Хвороба сухого ока (сухий кератокон'юнктивіт, Н 19.3) – це багатофакторне захворювання поверхні ока, що характеризується втратою гомеостазу слізної плівки та супроводжується симптомами зору, в яких нестійкість слізної плівки і гіперосмолярність, запалення і пошкодження очної поверхні та порушення нейросенсорних аномалій відіграють етіологічні ролі [1].

Сухий кератокон'юнктивіт вражає мільйони людей у всьому світі і є одним з найбільш розповсюджених офтальмологічних захворювань [2]. В останнє десятиліття частота хвороби «сухого ока» зросла в 4,5 рази. Це захворювання часто називають – хворобою цивілізації. Поширеність хвороби «сухого ока» становить близько 9-18% населення високорозвинених країн світу.

У 2017 році членами Товариства слізної плівки та поверхні ока (TFOS) на семінарі DEWS II (The International Dry Eye WorkShop) було оновлено класифікацію, визначення, діагностику, моніторинг та лікування хвороби сухого ока. Нова класифікація має загальну мету – покращити догляд за хворими. Попередні класифікаційні системи стали відправною точкою при створенні нової системи, яка забезпечує те, щоб здорова людина могла бути визначена як людина з «нормальним станом». Крім того, враховує питання вирішення неправильного сприйняття того, що водний дефіцит та надмірне випаровування є взаємовиключними підтипами сухого ока [3].

В патогенезі розвитку хвороби сухого ока лежить дефект Fas-передкованого апоптозу, що робить можливим проникнення CD4+ Т-лімфоцитів в екзокринну тканину з її подальшим пошкодженням [4]. Однак, в основі розвитку сухого ока лежить не тільки запальний механізм. До розвитку різних форм також призводять дефект в трансмембранні та секреторні експресії муцину, порушення нервової стимуляції процесу слезопродукції, дисфункція мейбомієвих залоз. Безперечно, існує значна кількість несприятливих факторів, таких як вплив на-

вколишнього середовища і анатомічні особливості, наявність ендокринних, запальних, аутоімунних захворювань і використання контактних лінз, вживання лікарських засобів, чи офтальмологічна хірургія [5].

В результаті запалення передньої поверхні ока (ЗППО) з розвитком хвороби сухого ока можуть виникнути незворотні і тяжкі наслідки. Через хронічне виникнення епітеліальних дефектів рогівки формується рогівковий паннус і сквамозна метаплазія, що призводить до сліпоти. На жаль, існує лише симптоматичне лікування, що може лише зменшити страждання пацієнтів, але не позбавити від проблеми. Тому актуальним питанням сучасної офтальмології є пошук нових методів лікування одним з яких виступає застосування ПАЙЛЕР-терапії.

Пайлер-світло – це лінійне поляризоване некогерентне поліхроматичне світло з довжиною хвилі 400-2000 нм (видимий і легкий інфрачервоний спектр світла за винятком УФО). При поляризації світлові хвилі проходять тільки в паралельних площинах. Ступінь поляризації близько 95%. Акцептором світла нарівні з іншими речовинами є кисень клітини, який виборче поглинає світло – запускається ланцюжок біологічних реакцій, активується перекисне окислення ліпідів, що індукує стрес-реакцію, тобто спостерігається неспецифічна адаптивна відповідь. Під впливом поляризованого світла збільшується енергетична активність клітинної мембрани. Приводяться в дію регенераційні процеси, збільшується поглинання кисню тканиною з утворенням аденозинтрифосфату (АТФ) в мітохондріях, підвищується біоенергетичний потенціал клітин і швидкість кровотоку в тканинах, активується транспорт через судинну стінку, інтенсивно формуються судини. Пайлер-світло впливає на регенерацію тканини, а також на імунний захист [6].

Мета роботи – вивчення патофізіологічних механізмів дії і клінічну ефективність полі- і монохроматичного Пайлер-світла при хворобі сухого ока.

Об'єкт і методи дослідження. Для дослідів використовувалися дорослі щури лінії Wistar, самці масою тіла від 250-300 грам. Для анестезії було використано ксилазин 10 мг\кг маси тіла (Біовет-Пулаві, Польща) та кетамін 60 мг\кг маси тіла (Фармак, Україна). Усі експериментальні процедури проводились згідно з норм Комітету з біоетики тварин інституту Фізіології імені О.О. Богомольця (Київ, Україна) та відповідали директивам Європейської комісії