

УДК 616.516:616.839]-053.8-07
DOI: 10.15587/2519-4798.2018.132698

СТАН ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА АТОПІЧНИЙ ДЕРМАТИТ ДОРΟΣЛИХ

© Ю. О. Попович

Мета роботи: встановити особливості стану вегетативної нервової системи (ВНС) у хворих на atopічний дерматит (АтД) дорослих і її залежність від тяжкості перебігу дерматозу і статі пацієнтів, що дозволить розширити наші познання патогенезу дерматозу у дорослих і розробити додаткові методи коригуючої терапії.

Матеріали та методи. Під спостереженням знаходилось 117 пацієнтів, з них 80 – хворі на АтД у віці 18 до 45 років і 37 здорових осіб. При вивченні анкет по А. М. Вейну у хворих на АтД показник дисфункції ВНС склав $29 \pm 4,2$ балів (у здорових осіб $8 \pm 2,2$), який був більш вираженим у жінок хворих на АтД при тяжкому перебігу дерматозу. По даним показників варіабельності серцевого ритму у хворих на АтД переважала гіперсимпатикотонія і гуморально-метаболичні впливи на регуляцію серцевого ритму. У хворих на АтД встановлено зниження реактивності і тонусу парасимпатичного відділу ВНС. Усі ці показники були більш показними у хворих з тяжким перебігом дерматозу, особливо у жінок.

Результати. Прогресування ступеню тяжкості АтД у дорослих, особливо у жінок, призводить до напруження та виснаження регуляторних і адаптаційних механізмів ВНС зі зростанням активності її симпатичної ланки. Такий стан серцево-судинної системи сприяє збереженню та прогресуванню шкірного процесу, а отже є несприятливим прогнозом на виудужання і потребує додаткової корегуючої терапії.

Висновки.

1. Було встановлено, що реактивність ВНС має свої особливості у хворих на АтД, залежність вираженості її змін по даним опитувальника Вейна А. М., від статі досліджених, особливостей перебігу і клінічних проявів, особливо тяжкості шкірного процесу.

2. У досліджених хворих переважала активність симпатичної ланки і гуморально-метаболичні прояви на регуляцію серцевого ритму при зменшеній загальній потужності спектру, відзначалось зниження тонусу парасимпатичного відділу ВНС та збільшення впливу гуморально-метаболичних механізмів, особливо у хворих жінок з більш тяжким перебігом АтД

Ключові слова: atopічний дерматит, стать, тяжкість, алергія, вегетативна нервова система

1. Вступ

За даними більшості авторів АтД достатньо поширеним дерматозом, що викликає значну зацікавленість лікарями різного фаху, особливо педіатрами, імунологами, генетиками, алергологами і, безумовно, дерматологами [1, 2]. АтД – це алергічне захворювання у осіб з генетичною детермінованою аномальною імунної відповіді на фактори зовнішнього і внутрішнього середовища [3, 4]. Для АтД характерними є генетична детермінованість, хронічний рецидивуючий перебіг захворювання, трансформація клінічних проявів, часті ускладнення [5]. Незважаючи на значну кількість досліджень механізмів розвитку АтД, ця проблема залишається ще недостатньо вивченою, особливо у дорослих хворих на АтД що може бути важливим чинником недостатньої ефективності традиційних методів лікування хворих [6].

2. Обґрунтування дослідження

Важливе значення в останні роки приділяється вивченню ролі психо-емоційної сфери і стану (ВНС) в розвитку і перебігу АтД, але по цьому питанню дані нерідко сумнівні [7], особливо у дорослих і їх залежність від статі хворих і тяжкості перебігу дерматозу. В той же час знання цих дуже важливих сторін

патогенезу дозволило би розробити вискоефективні додаткові методи комплексної корегуючої терапії [8].

Актуальність даної роботи пов'язана з необхідністю вивчення за допомогою сучасних адекватних і об'єктивних методів стану вегетативної нервової системи у дорослих хворих на АтД, яка нерідко виступає у ролі тригер-фактора в виникненні захворювання та його загострень. Це дозволить не тільки більш ефективно проводити комплексну терапію, але і дає можливість прогнозувати рецидиви дерматозу, а також виконувати призначення комплексу препаратів для недопущення загострення АтД.

Вивчення психоемоційної сфери і стану ВНС особливо важливе у дорослих хворих на АтД, оскільки це хронічний процес, який починався ще у дитинстві і приймає свої особливості у дорослих, які більш адекватно оцінюють своє захворювання накладає свій вплив і на психо-емоційний стан, а також на перебіг АтД. Це формує більш тяжкий перебіг дерматозу з різними ускладненнями, тим більше що порушення функції ВНС викликає як патологічні зміни фізіології шкіри, так і функції внутрішніх органів, особливо серцево-судинної і травної системи та ін. Тому більшість авторів підкреслює важливість комплексного підходу до призначення стану різних органів і систем, а не лише шкіри [9].

Слід підкреслити, що у більшості робіт, присвячених терапії АтД не враховувалась стать пацієнтів, а це дуже важливо, тому що у чоловіків і жінок різні стани нервової системи, серцево-судинної системи і підхід до терапії АтД повинен бути індивідуальним і диференційованим у пацієнтів різної статі [10].

Тому вивчення цих проблем надзвичайно актуальне і є практично значущою проблемою, як для наукових працівників, так і лікарів практичної медицини.

3. Мета дослідження

Встановити особливості стану ВНС у хворих на АтД дорослих і її залежність від тяжкості перебігу дерматозу і статі пацієнтів, що дозволить розробити додаткові методи коригуючої терапії.

4. Матеріали і методи дослідження

Дослідження проведено в рамках НДР кафедри «Оптимізація показань та комплексної терапії хворих на хронічні рецидивуючі дерматози, ППСШ, з урахуванням клінічних особливостей, стану регулюючих систем гомеостазу, супутньої патології, прогнозування, лікування та профілактика рецидивів» № держ. 0118U004256 від 04/1410; 12.03.18. Дослідження використовувалось в Комунальній установі «Запорізький обласний шкірно-венерологічний клінічний диспансер» Запорізької обласної ради.

Під спостереженням знаходилось 117 пацієнтів, з яких 80 склали клінічну основну групу, а 37-контрольну групу. Особи, які увійшли в клінічну групу, мали верифікований діагноз АтД (L 20 по МКБ-10). Контрольну групу склали 37 особи, які не хворіли дерматозами і вони були аналогічні клінічній групі: середній вік – $31,2 \pm 1,1$, 60 % жінки і 40 % чоловіків, мешканці села – 25 %, міста – 75 %, 56,4 % працювали на промислових підприємствах. Мешканці сільської місцевості склали 24 %, мешканці міста – 76 %, 22 % працювали у сільському господарстві, 54 % – на промислових підприємствах, 12 % – робітники розумової праці, 12 % без конкретних занять. Середній вік пацієнтів склав $31,0 \pm 1,2$ (з 28 до 45 років). Більшість хворих були у віці 26-33 роки, частіше хворіли особи жіночої статі (60 %).

Перші клінічні прояви АтД було у віці 1–6 років (79,1 %).

Характеристика методів дослідження. Оцінка загального стану ВНС у досліджених хворих проводили за допомогою визначення наявності синдрому вегетативної дисфункції «Схема опитування хворого для визначення ознак вегетативних змін», використовуючи методику проведення анкетування хворих.

Електрофізіологічні обстеження. Математичний аналіз варіабельності серцевого ритму (ВСР) здійснювався за допомогою системи комп'ютерної НТЦ «ХАІ-Медіком» (м. Харків). На екрані монітора відображалася ЕКГ, яка реєструвалася в трьох стандартних відведеннях, потім обиралася активна ЕКГ за одним відведенням.

В якості активного обиралося відведення з максимальною амплітудою R-піка та мінімальним рівнем перешкод. Реєстрація показників ВСР проводилася в 10-хвилинному режимі запису відповідно до стандартних протоколів дослідження в базальному положенні для виявлення вихідного стану симпатичної або парасимпатичної ланки. Запис показників ВСР здійснювався за стандартним протоколом (вранці з 9.00 до 12.00 годин за комфортних умов після 15-хвилинної адаптації, при цьому протягом 24 годин до початку дослідження пацієнти не вживали каву, алкоголь, препарати, що впливають на показники ВСР). Подальша обробка проводилася за спеціальною програмою.

Для дослідження вегетативної регуляції серцевої діяльності у пацієнтів вивчали такі показники:

– HF (High Frequency) – коливання серцевого ритму, обумовлені модуляцією тонузу *p.vagus* під час дихання, що свідчить про рівень активності парасимпатичної ланки;

– LF (Low Frequency) – низькочастотні коливання серцевого ритму, які відображають рівні симпатичних і парасимпатичних впливів на серце; це маркер симпатичної ланки;

– LF/HF – індекс співвідношення низькочастотних і високочастотних хвиль, відображає співвідношення симпатичних і парасимпатичних впливів на ВНС;

– VLF (Very Low Frequency) – потужність спектра в ділянці дуже низьких частот;

– TP (Total Power) – загальна потужність спектра відображає загальний рівень нейрогуморальної регуляції;

– SDNN (Standard deviation of Normal to Normal RR) – стандартне відхилення NN-інтервалів, яке відображає загальні адаптаційні можливості організму;

– RMSSD – стан парасимпатичної регуляції організму;

– IC – стан центрального контуру над автономними;

– ПАРС – відображає стан тривожності.

Вегетативну реактивність оцінювали при проведенні кліноортостатичної проби з виділенням її типів: симпатикотонічного, гіперсимпатикотонічного і асимпатикотонічного.

За результатами кліноортостатичної проби оцінювали вегетативне забезпечення серцевої діяльності з виділенням 5 патологічних варіантів: з надлишковим включенням симпатико-адреналової системи (гіперсимпатикотонічний і недостатньо її функцією (асимпатикотонічний, гіпердіастолічний, симпатикоастенічний і астеносимпатичний).

Дослідження реактивності ВНС проводили за допомогою показників ВСР під час проведення активності ортостатичної проби. Після попереднього інструктажу дослідження проводили 10–15 хв. У горизонтальному положенні (5хв. Запис ВСР, що використовується для спектрального аналізу) з піднесеною головою. Потім по команді пацієнт обережно не досить швидко, але без затримок, приймає

вертикальне положення та стоїть спокійно по стойці «струнко», однак без напруження 5–7 хв. Щоб під час вставання із кушетки на ВСР уникнути реєстрації множинних артефактів, обов'язково реєструвати 1-е стандартне відведення ЕКГ (задіяні електроди, що закріплені на руках менш піддані впливу) та у перші секунди вставання не записувати ЕКГ на диск (запис включають, як пацієнт встає на ноги, втрата 3–7 кардіоциклів не призводить до похибок у результатах обробки [8].

Статистичний аналіз даних здійснювався з використанням пакетів програм Microsoft Excel 2010; Statistic 6.0 (statsoft Inc., США). Визначали середні значення за кожним з показників (M), їхні відхилення та похибки (m), достовірність різниці значення між даними, що порівнювались (p). Для оцінки значимості використовували непараметричний критерій (U-критерій Вілконсона-Манна-Уїтні). У всіх випадках розбіжності прийнято вважати статистично значущими при $p < 0,05$.

5. Результати дослідження

Для вивчення характеристики порушень ВНС всім дослідженим на етапі збору анамнезу, а потім у динаміці лікування було проведено анкетування за А. М. Вейном (наявність синдрому вегетативної дисфункції – СВД), дані яких відсутні у літературі, тому що не проводились у хворих на АтД дорослих.

По результатам аналізу анкет було встановлено, що: кількість хворих на АтД, що досягли межі 15 балів (мінімальний поріг для встановлення СВД) було абсолютно більше, ніж у осіб групи порівняння без проявів дерматозу (100 % хворих на АтД проти 78 % групи порівняння, відповідно);

При цьому у групі контролю жоден з пацієнтів не набрав більше 15 балів, що, можливо, свідчить про суттєву роль порушень ВНС у патогенезі АтД.

За загальною кількістю балів, що були отримані за допомогою анкетування, хворі на АтД статистично вірогідно перевищували показники у осіб групи контролю. Так, в середньому, у хворих на АтД – $29 \pm 4,2$ балів, в той час, як у здорових осіб – $8 \pm 2,2$ балів ($p < 0,05$).

Ми провели анкетування по опроснику А. М. Вейна порівняльно у хворих на АтД в залежності від статі пацієнтів. Так, у 32 хворих чоловіків в середньому він склав $23 \pm 4,2$ балів, а у 48 жінок – $31 \pm 4,2$ балів. Ми також вивчили цей показник в залежності від тяжкості перебігу дерматозу: у 52 хворих при середньому варіанті перебігу – $22 \pm 3,6$ балів, а у 28 – при тяжкому – $29 \pm 4,4$ балів.

Для визначення характеру та напрямку порушень було проведено комплексне дослідження тону-су та реактивності ВНС.

Вивчення тону-су та реактивності ВНС по даним показників ВСР.

Дисфункція ВНС є важливим синдромом при багатьох захворюваннях, особливо шкіри. ВНС – це комплекс центральних та периферичних клітинних структур, що регулюють необхідний для адекватної

реакції всіх систем функціональний рівень внутрішнього середовища організму.

Центральний відділ складається з нейрогенів у гіпоталамічній ділянці, де проходить координація вегетативної й ендокринної функцій, трансформація нервових імпульсів у гормональні. Підтримання рівноваги при багатьох критичних ситуаціях визначає гіпоталамус як головний підкорковий центр вегетативного регулювання. Враховуючи, що синусовий вузол провідної системи серця знаходиться під наглядом симпатичної і парасимпатичної нервової системи, на основу аналізу його електрофізіологічної активності розроблена неінвазивна діагностична оцінка девіацій синусового серцевого ритму, при якій варіабельність серця виступає маркером функціонального стану ВНС. ВСР дає змогу судити про хід пристосувальних реакцій, процесів адаптації системи кровообігу, функціональні можливості організму при психічній і фізичній діяльності, роль нервових механізмів у регуляції системи кровообігу при різних станах дозволяє оцінити математико-статистичні показники серцевого ритму, що і визначає їхню клінічну значущість.

Вивчення стану ВСР проводили у 80 обстежених хворих на АтД за допомогою апарата «Cardio Lab», групу контролю склали 37 практично здорових особи, що були репрезентативні за віком та статтю.

У ході дослідження ВСР, як видно з табл. 1, встановлено що показник RMSSD і показник TP у хворих на АтД був статистично ($p < 0,05$) більш низьким, порівняно зі здоровими, що свідчить про пригнічення парасимпатичної регуляції. Значне підвищення ІС у хворих на АтД (5,93 разів по відношенню до контрольної групи) свідчить про переваження центрального контуру над автономним. Зростання ПАРС у хворих на АтД є одним з показників об'єктивного підтвердження стану тривожності у пацієнтів (61,42 разу вище при зіставленні з контрольною групою).

Таблиця 1

Показники ВСР у хворих на atopічний дерматит

Показник (од. виміру)	Хворі на АтД (n=80)	Контрольна група (n=37)
SDNN, мс	$33,42 \pm 1,54^{**}$	$39,1 \pm 2,11$
RMSSD, мс	$14,08 \pm 1,08^*$	$26,02 \pm 1,68$
TP, мс ²	$1208,11 \pm 108,48^{***}$	$1534,12 \pm 168,63$
ІС	$10,34 \pm 0,69^{**}$	$2,08 \pm 0,19$
ПАРС	$6,56 \pm 0,24^*$	$3,42 \pm 0,12$
VLF, мс ²	$641,4 \pm 64,4^*$	$521,12 \pm 61,4$
LF, мс ²	$444,23 \pm 54,2^*$	$372,08 \pm 36,3$
HF, мс ²	$138,4 \pm 11,8^{**}$	$514,8 \pm 52,4$
LF/HF	$3,1 \pm 0,21^*$	$0,76 \pm 0,07$

Примітка: * – ($p < 0,05$); ** – ($p < 0,01$) різниця достовірна у порівнянні зі здоровими особами

Показник ПАРС в межах 4–6 при АтД свідчить про виразну напругу ВНС. Негативний вплив стану тривожності на ВНС підтверджується також зростанням рівня VLF, який був більше в 1,4 рази, порівняно з контрольною групою і це свідчить про переважання тону симпатичного відділу ВНС. Статистично достовірне зниження показника HF при АтД (в 3,7 раз порівняно з контролем) свідчить про виражений дефіцит вагусного впливу.

Показника LF/HF, якій свідчить про співвідношення симпатичної і парасимпатичної ланок ВНС, свідчить, що у хворих на АтД є достовірне переважання тону симпатичної нервової системи та зниження тону парасимпатичного відділу, що відображає комбіновані порушення центральних механізмів регуляції серцевого ритму.

Певний інтерес викликало вивчення особливостей ВСР у хворих на АтД в залежності від статі пацієнтів. Більшість авторів, які займалися вивченням проблеми АтД не звертали уваги на гендерні відмінності. Однак, вивчення конкретних відмінностей між жінками і чоловіками викликає величезний інтерес у різних галузях медицини, в тому числі дерматовенерології.

Однак дані щодо гендерних відмінностей різних аспектів АтД, таких як епідеміологія, генетика, фактори ризику, якість життя, клінічні і терапевтичні аспекти, дотепер залишаються не комплексними, розрізненими та суперечливими.

Тому ми провели порівняльний аналіз показників ВСР у хворих на АтД жінок і чоловіків, дані яких представлені в табл. 2.

Таблиця 2

Показники ВСР у хворих на АтД жінок і чоловіків

Показник ВСР	Хворі на АтД		Контрольна група (n=37)
	Чоловіки (n=32)	Жінки (n=48)	
SDNN, мс	36,03±1,6	29,81±1,12** ×	39,1±2,11
RMSSD, мс	16,1±1,4**	12,06±1,2** ×	26,02±1,68
TP, мс ²	1363,81±121,4*	1052,41±105,4** ×	1534,12±168,63
IC	8,28±0,16**	12,4±0,48** ×	2,08±0,19
ПАРС	6,14±0,12*	6,98±0,18*	3,42±0,12
VLF, мс ²	598,5±42,2	684,3±52,4* ×	521,12±61,4
LF, мс ²	398,14±41,4	490,32±48,6* ××	372,08±36,3
HF, мс ²	170,4±9,8**	106,4±8,1**	514,8±52,4
LF/HF	2,5±0,04*	2,5±0,04**	0,76±0,07

Примітка: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$ – різниця достовірна у порівнянні зі здоровими особами; × – $p < 0,05$; ×× – $p < 0,01$ – різниця достовірна у порівнянні між групами хворих

Як видно з табл. 2, при дослідженні показників ВСР встановлено, що показник SDNN у хворих на АтД чоловіків статистично достовірно не відрізнявся від показника у здорових осіб. В той же час, у хворих

жінок він був статистично нижчим, ніж у здорових осіб ($p < 0,05$), а також у порівнянні з показником у хворих чоловіків, що ми розцінюємо, як фактор, який відображає зниження загальних адаптаційних можливостей організму у жінок, хворих на АтД.

При аналізі показників RMSSD та TP виявлено статистично достовірно зниження цих показників як у жінок, так і чоловіків, хворих на АтД, у порівнянні з групою контролю. Слід відмітити, що ці показники були статистично значимо нижчі у жінок, ніж у чоловіків, що свідчить про зниження показника загальної потужності та адекватності процесів регуляції у жінок, хворих на АтД.

Але на відміну вищезазначених показників, дані IC та ПАРС були суттєво вище у хворих на АтД, ніж у здорових осіб, особливо у жінок, що ми розцінюємо як фактор глибоких порушень функції ВНС у досліджених хворих, особливо жіночої статі.

Показник потужності спектру впливу гуморальних систем (VLF) у хворих на АтД був статистично достовірно підвищений у порівнянні з групою контролю ($p < 0,05$), особливо у хворих жіночої статі.

Маркер активності симпатичного відділу ВНС – показник потужності спектра низькочастотних коливань (LF) був статистично достовірно вищим лише у хворих на АтД жіночої статі, що ми розцінюємо як показник більш високої активності симпатичного відділу ВНС у цієї групи пацієнтів.

Показник потужності спектра високочастотних коливань (HF), який свідчить про зміни парасимпатичної регуляції у хворих обох груп був достовірно ($p < 0,05$) нижчим у порівнянні з групою контролю, також більш показно у хворих на АтД жіночої статі.

Достовірно ($p < 0,05$) підвищення показника вегетативного балансу (LF/HF) відмічено у всіх досліджених хворих на АтД обох груп, порівняно з контрольною групою, також більш виражене у хворих жіночої статі, що свідчить про значне порушення співвідношення симпатичних і парасимпатичних впливів на ВНС.

Оскільки перебіг по тяжкості вираженості клінічних проявів АтД був різним, ми провели зіставним методом аналіз стану ВНС у досліджених пацієнтів. На наш погляд, як і відмічали інші автори, ВНС має значний вплив на характер клінічних проявів і перебіг дерматозу, що дозволить лікарю більш повноцінно визначити різні патогенетичні механізми розвитку захворювання у кожного хворого і призначити науково обґрунтовану адекватну комплексну терапію. Головними орієнтирами для цього для практичного лікаря будуть особливості клінічних проявів, а також, при можливості показники вивчення вегетативних рефлексів, що значно підвищить ефективність терапії, запобігти рецидивів, рекомендувати методи диспансеризації хворих.

Як видно з табл. 3, при дослідженні вегетативної регуляції серцевої діяльності у хворих на АтД залежало від ступеня тяжкості дерматозу ми

виявили односпрямовані зміни по мірі зростанням тяжкості шкірного процесу. З прогресуванням тяжкості шкірного процесу в обох групах визначалася перевага симпатичної регуляції серцевого ритму. Так, у обстежених хворих на АтД середньої тяжкості зареєстровано зниження RMSSD на 34,5 %, TP – на 14,4 %, HF – на 70,0 %, збільшення IC на 72,3 %, LF/HF – на 62 %, що було статистично достовірно при порівнянні зі здоровими особами. Це свідчить про те, що у цих хворих відмічалось зниження показника загальної потужності та адекватності процесів регуляції при середній тяжкості процесу.

Таблиця 3
Показники ВСП у хворих на АтД в залежності від тяжкості перебігу

Показник ВСП	Хворі на АтД		Контрольна група (n=37)
	Середньої тяжкості (n=52)	Тяжкого перебігу (n=28)	
SDNN, мс	32,4±1,21	34,44±1,08	39,1±2,11
RMSSD, мс	17,08±0,54*	11, 8±0,82** ×	26,02±1,68
TP, мс ²	1313,82*	1102,4±84,8** ×	1534,12±168,63
IC	7,28±0,24*	13,4±0,54** ××	2,08±0,19
ПАРС	4,18±0,08	9,24±0,21** ×	3,42±0,12
VLF, мс ²	520,7±41,4	762,1±58,4* ×	521,12±61,4
LF, мс ²	318,06	562,4±48,6** ××	372,08±36,3
HF, мс ²	155,4±9,2**	121,4±8,9** ×	514,8±52,4
LF/HF	2,0±0,09*	4,2±0,2** ×	0,76±0,07

Примітка: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$ – різниця достовірна у порівнянні зі здоровими особами; × – $p < 0,05$; ×× – $p < 0,01$ – різниця достовірна у порівнянні між групами хворих

При АтД з тяжким перебігом ми відмітили більш значне зниження цих показників: на 54, 7 %, на 27,9 %, на 76,5 %, на 84,5 %, на 81,9 %, відповідно. Однак, на відміну від хворих на АтД середньої тяжкості, у хворих з тяжким перебігом додатково різко змінювалися показники: зростання ПАРС на 57,3 %, VLF – на 30 %, LF – на 32 %.

Враховуючи все вищезазначене можемо констатувати, що у досліджених хворих на АтД зміни вегетативної регуляції серцевої судинної системи залежали не лише від статі хворих, але і від тяжкості шкірного процесу.

6. Обговорення результатів дослідження

Як видно з отриманих даних анкетування, більш виразні порушення функції ВНС відмічені у хворих на

АтД у пацієнтів жіночої статі при тяжкому перебігу дерматозу, тобто це свідчить про важливу роль ВНС в патогенезі АтД. Саме цей контингент хворих на АтД потребує більш комплексного лікування з використанням препаратів, які нормалізують стан ВНС.

Можна вважати, що ці дані свідчать про наявність значних порушень ВНС у хворих на АтД у порівнянні з особами групи контролю, що може зумовити торпідність АтД до традиційної терапії.

Ми виявили, що дисбаланс між показниками у хворих на АтД жінок і чоловіків мав достовірні відмінності ($p < 0,05$), що свідчить про більш значні патологічні зміни вегетативного балансу у бік симпатикотонії у хворих на АтД жінок, які треба враховувати при виборі тактики комплексного лікування пацієнтів та при прогнозуванні перебігу захворювання.

У хворих на АтД з тяжким перебігом встановлені глибокі порушення функції ВНС: підвищення потужності спектру впливу гуморальних систем, особливо низькочастотних коливань, більш виразно симпатичного відділу ВНС на фоні зниження загальної потужності та адекватності процесів регуляції.

Можна припустити, що прогресування ступеня тяжкості дерматозу, особливо у жінок призводило до напруження та виснаження регуляторних і адаптаційних механізмів ВНС зі зростанням активності її симпатичної ланки. Такий стан серцево-судинної системи сприяє збереженню та прогресуванню шкірного процесу, а отже є несприятливим прогнозом на видужання, особливо у хворих жіночої статі.

В подальшому у хворих на АтД дорослих будуть проведені комплексні психо-емоційні дослідження та інші вегетативні реакції, встановити стан клініко-фізіологічних порушень в цілому і виділити різні рівні порушень. В залежності від рівнів порушень і сформованих клініко-терапевтичних груп розробити диференційовану комплексну індивідуалізовану терапію з оцінкою її ефективності.

7. Висновки

1. Було встановлено, що реактивність ВНС має свої особливості у хворих на АтД, у порівнянні з групою контролю, залежність вираженості її змін з урахуванням опитувальника Вейна А. М. від статі досліджених, від особливостей перебігу та клінічних проявів: більш виразні порушення зареєстровані у пацієнтів жінок, особливо при тяжкому перебігу дерматозу.

2. У досліджених хворих переважала гіперсимпатикотонія і гуморально-метаболичні впливи на регуляцію серцевого ритму при зменшеній загальній потужності спектру, відзначалось зниження реактивності та тону парасимпатичного відділу ВНС та збільшення впливу гуморально-метаболичних механізмів, особливо у хворих жінок з більш тяжким перебігом дерматозу.

Література

1. Діагностика та терапія atopічного дерматиту (стандарти діагностики та терапії) / Бережний В. В. та ін. Київ, 2002. 30 с.
2. Дюдон А. Д., Захаров С. В., Горбунцов В. В. Методи дослідження в дерматовенерології. Дніпропетровськ, 2009. 135 с.
3. Мавров І. І. Рациональна діагностика та лікування в дерматології та венерології. Київ: Доктор-Медіа, 2007. 344 с.

4. Hunter J. A., Savin J. A., Dahl M. V. Clinical dermatology. Blacte well Publishing, 2002. 365 p.
5. Погляд на лікування алергодерматозів / Калюжна Л. Д. та ін. // Український журнал дерматології, венерології, косметології. 2011. № 4 (43). С. 56–60.
6. Вейн А. М. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение / ред. Вейн А. М. Москва: ООО «Мед. информ. агент.», 2003. 752 с.
7. Розповсюдженість дерматозів в залежності від екологічного стану районів у Полтавській області / Дудченко М. О. та ін. // Журнал дерматовенерології та косметології ім. Н. А. Торсуєва. 2004. № 1-2 (8). С. 122–123.
8. Graham-Brown R., Burns T. Lecture notes on Dermatology. Elacle well Publishing, 2002. 201 p.
9. Практическая дерматология / ред. Болотная Л. А. Харьков, 2015. 276 с.
10. Мачарадзе Д. М. Атопический дерматит у детей. Москва: Геотар-Медиа, 2007. 376 с.

*Рекомендовано до публікації д-р мед. наук, професор Федотов В. П.
Дата надходження рукопису 10.04.2018*

Попович Юлія Олександрівна, аспірант, кафедра дерматовенерології та косметології з курсом дерматовенерології і естетичної медицини ФПО, Запорізький державний медичний університет, пр. Маяковського, 26, м. Запоріжжя, Україна, 69035
E-mail: dermatology.zsmu@gmail.com

УДК 616.858-036.1-06:[616.441-002:616.344-002-031.84]:[616.72-031.13:616.13-002]-002.77]-097
DOI: 10.15587/2519-4798.2018.132571

ЕМОЦІЙНІ ПОРУШЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХВОРОБОЮ ПАРКІНСОНА НА ФОНІ КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ АУТОІМУННОГО ГЕНЕЗУ

© Т. О. Чеборака

Хвороба Паркінсона – одне з найпоширеніших нейродегенеративних захворювань, яким страждає більше 1 % населення світу, старше 65 років, до того ж рівень захворюваності може зрости вдвічі до 2030 року. Дана патологія супроводжується як моторними, так і немоторними проявами (НМП). Одним із частих видів афективних порушень у пацієнтів із ХП є депресія. Депресія може погіршувати як рухову, так і соціальну активність пацієнтів із ХП. Розуміння факторів, асоційованих із депресивними симптомами, сприяє ранньому виявленню та вчасному лікуванню. В ряді досліджень депресія та тривога визнані як основний фактор низької якості життя пацієнтів із ХП.

Мета дослідження. Вивчити особливості емоційних порушень у пацієнтів із хворобою Паркінсона (ХП) та аутоімунним тиреоїдитом (АІТ).

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 109 хворих на ХП віком від 47 до 75 років. Основну групу склали пацієнти ІА та ІБ підгрупи, контрольну – ІАА та ІАБ підгрупи. Проведені загальноклінічне та неврологічне обстеження, оцінка рухових функцій за Уніфікованою шкалою оцінки ХП (UPDRS), нейропсихологічне тестування (шкала депресії Бека (BDI), шкала тривоги Гамільтона (HARS), оцінка якості життя при ХП (PDQ-39), статистичний аналіз за допомогою програми «Statistica 6.0».

Результати. Проведене дослідження продемонструвало наявність депресії у 84 пацієнтів із ХП, що становить 77,1 %, та тривожних порушень у 73 хворих, відповідно 67,0 %. Аналіз показника депресії та тривоги в динаміці показав статистично значущу різницю в підгрупах ІА та ІБ. Спостерігалась сильна статистично значуща пряма кореляція між показниками шкал для виявлення афективних порушень та показником якості життя пацієнтів (PDQ-39) при первинному огляді та через рік у підгрупах ІА та ІБ.

Висновки. Спостерігалась статистично значуща різниця афективних порушень в динаміці у пацієнтів із ХП та АІТ. Виявлено вплив рівня тривоги та депресії на якість життя пацієнтів із ХП та АІТ, що вказує на високу медико-соціальну значимість даних порушень

Ключові слова: Хвороба Паркінсона, аутоімунний тиреоїдит, афективні порушення, депресія, тривога, якість життя

1. Вступ

Хвороба Паркінсона – одне з найпоширеніших нейродегенеративних захворювань, яким страждає більше 1 % населення світу, старше 65 років, до того ж рівень захворюваності може зрости вдвічі до 2030 року [1]. Вікова категорія хворих значно помолод-

шала. Серед пацієнтів із ХП частіше зустрічаються особи працездатного віку, у яких перебіг захворювання менш сприятливий, а прояви більш грубі та призводять до втрати працездатності [2]. Багатосиндромність ХП зумовлена розповсюдженістю та мультисистемністю нейродегенеративного процесу