

виявлен високий процент самостоятельного первичного звернення за консультативною психотерапевтичною та психіатричною допомогою, із пацієнтів з ЗНО в період до клінічної манифестації тільки 22,46 % звертались за допомогою відповідного профіля самостоятельно. Із всієї вибірки хворих з ЗНО 54,80 % були направлені на консультацію психіатра лікарями-інтерністами; 28,34 % госпіталізовані в психіатричний стаціонар по наявності родичів або близьких знайомих.

Таким чином, результати проведеного дослідження дозволяють говорити про те, що спектр психопатологічної симптоматики у хворих з дебютом онкологічного процесу в формі психічних розладів достатньо широкий та неоднозначний. Клінічної гетерогенності ранніх психопатологічних порушень пояснюється різноманітністю та в деяких випадках протиріччям оцінки варіантів психічних розладів та їх трактування на етапах діагностики, що неминемно впливає на продовжителю клініко-діагностичного періоду та своєчасність надання спеціалізованої допомоги.

**В. В. Огоренко**

*Дніпропетровська державна медична академія  
(м. Дніпропетровськ)*

**Проблеми діагностики новоутворень головного мозку з психопатологічним типом клінічної манифестації пухлинного процесу**

Проблеми ранньої діагностики, лікування та реабілітації хворих з онкологічною патологією головного мозку лишаються здебільшого не вирішеними. Обстежено 250 хворих з дебютом первинних пухлин головного мозку у вигляді психічних розладів. Виявлена різниця у психопатології ініціального періоду при злоякісних та доброякісних новоутвореннях головного мозку. Клінічна гетерогенність ранніх психопатологічних порушень впливає на тривалість клініко-діагностичного періоду та своєчасність надання спеціалізованої допомоги.

*Ключові слова:* пухлина головного мозку, ранні психічні розлади, клініко-діагностичний моніторинг, психопатологічна симптоматика, верифікація діагнозу.

**Список літератури**

1. Главацький, О. Я. Прогнозування якості життя хворих з гліомами супратенторіальної локалізації після хірургічного лікування / О. Я. Главацький, Л. П. Чепкий // Український нейрохірургічний журнал. — 2007. — № 3. — С. 28.
2. Незнанов, Н. Г. Медико-психологічні аспекти онкології (аналіз проблеми та загальні рекомендації) / Н. Г. Незнанов, В. В. Дунаєвський / В кн.: Психічні розлади в загальній медицині; під ред. А. Б. Смулевича. — 2009. — № 1. — С. 13—16.
3. Psychiatric morbidity and its recognitions by doctors in patients with cancer / [Fawzy F. I., Fawzy N. W., Hyun C. S. et al.] // Br. J. Cancer. — 2001. — Vol. 84, № 8. — P. 1011—1019.
4. Абашев-Константиновський, А. Л. Психопатологія при опухлях головного мозку / А. Л. Абашев-Константиновський. — М., 1973.
5. Бабчин, І. С. Метастатичний рак мозку / Бабчин І. С., Бабчина І. П. — Л., 1974.
6. Курамшин, А. Ф. Оптимізація діагностики метастазів у головній мозку у онкологічних хворих: автореф. дис. на соискание ученої ступеня канд. мед. наук / А. Ф. Курамшин. — Уфа, 2000.
7. Сидоренко, Ю. С. Метастатична церебральна патологія: нові підходи в профілактиці та лічненні / Ю. С. Сидоренко. — Ростов-на-Дону, 2005.
8. Чиссов, В. І. Злоякісні новоутворення в Росії в 2003 році (заболеваемость и смертность) / Чиссов В. І., Старинський В. В., Петрова Г. В. — М.: 2005.

*Надійшла до редакції 14.01.2011 р.*

**V. V. Ogorenko**

*Dnipropetrovsk state medical Academy (Dnipropetrovsk)*

**Problems of diagnostics of new growth in brain with psychopathic type of clinical manifestation in tumor process**

The problems of earlier diagnostics, treatment and rehabilitation people during oncological brain pathology are mostly not solved. 250 patients in debut primary tumors as psychological frustration were inspected. The difference in psychopathology initiation period during malignant and brain tumors was defined. Clinical heterogeneity of earlier psychopathological impairments influences on the term of clinic-diagnostic period and timeliness of giving specialized help.

*Keywords:* brain tumor, earlier psychopathological impairments, clinic-diagnostic monitoring, psychopathological symptomatic, verification of diagnosis.

УДК 616.839-009.6:616.1/.4:001.8

**М. С. Панченко**

*Харківська медична академія післядипломної освіти;  
Харківський базовий медичний коледж № 1 (м. Харків)*

**ЕЛЕКТРОШКІРНА ЧУТЛИВІСТЬ ПРИ ВЕГЕТАТИВНИХ СОМАТОФОРМНИХ РОЗЛАДАХ: ЗНАЧЕННЯ ДЛЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО МОНІТОРИНГУ**

За результатами порівняльного аналізу електрочутливості шкіри у координатних зонах класичних меридіанів хворих та пацієнтів контрольної групи досліджено електрофізіологічні особливості та визначена диференціально-діагностична цінність показників електропунктурної діагностики функціонального стану вегетативної нервової системи при вегетативних соматоформних розладах.

*Ключові слова:* вегетативні соматоформні розлади, діагностика, електрочутливість шкіри, скринінг

Дослідження виконано згідно з планом Харківської медичної академії післядипломної освіти — НДР кафедри психотерапії (зав. каф. — д-р мед. наук, проф.

Б. В. Михайлов) «Непсихотичні психічні розлади у хворих серцево-судинними та судинно-мозковими захворюваннями» (держреєстрація № 0109 U 002826; 2009—2011) та є фрагментом кваліфікаційної наукової роботи автора.

Сучасні пріоритети медичної психології, що базуються на розробці донозологічного напрямку та первинної психопрофілактики повною мірою стосуються ранньої діагностики, психокорекції, психопрофілактики вегетативних соматоформних розладів (ВСФР) [4, 5]. ВСФР — це функціонально-синдромологічні особливості пацієнта, які не можна пояснити з позицій патогенетичних проявів верифікованої у пацієнта соматичної патології та які не можна віднести до наслідків наявної

© Панченко М. С., 2011

у пацієнта іншої психічної симптоматики; саме тому існує потреба у ранній діагностиці ВСФР, насамперед у осіб молодого віку [7].

Доведено, що загальна поширеність ВСФР серед студентської молоді становить  $(433,0 \pm 6,0) \%$ , коливаючись залежно від віку та статі у межах від  $(226,0 \pm 43,0) \%$  до  $(556,0 \pm 74,0) \%$ ; поєднання ВСФР з різними клінічними варіантами хронічних соматичних захворювань (ХСЗ) виявлено у  $(57,1 \pm 10,8) \%$  осіб чоловічої статі та у  $(61,9 \pm 3,7) \%$  — жіночої. Виявлено, що поширеність ВСФР та фактична структура їх ізольованих та поєднаних клінічних варіантів визначається віком та статтю, тоді як вплив інших факторів потребує проведення проспективного аналізу поширеності ВСФР у взаємозв'язку з аналізом факторів ризику. Серед осіб чоловічої статі у досліджуваних вікових групах має місце зростання поширеності ВСФР, найбільш виразне у віковому інтервалі 16—18 років: у віці до 17 років в структурі розладів переважають ізольовані (іВСФР), то в старших вікових групах осіб чоловічої статі — поєднані клінічні варіанти ВСФР з хронічними соматичними захворюваннями — сВСФР. На відміну від осіб чоловічої статі, у жінок, на тлі достовірно більшої поширеності ВСФР має місце формування поєднаних клінічних варіантів ВСФР з ХСЗ (ефект «віддаленої соматизації») [6].

У спеціальних дослідженнях продемонстровано, що аналіз електрошкірної чутливості (ЕШ) є перспективним методом інтегральної оцінки загального психоемоційного стану та стану вегетативної нервової системи (ВНС). Вимір ЕШ в координатних зонах класичних енергетичних меридіанів (в концепції 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 розробленні цілісної моделі клініко-психологічного моніторингу, зокрема для удосконалення консультування, психокорекції, психопрофілактики серед осіб молодого віку [9].

Саме тому, комплексне урахування клініко-психопатологічних, психометричних і особистісних відмінностей при вегетативних соматоформних розладах у єдиній системі медико-психологічного моніторингу дозволить визначитись стосовно потреби і напрямків психологічного консультування, психокорекції, психопрофілактики та донозологічної діагностики і сприятиме збереженню здоров'я у його фізичному та психологічному аспектах, включаючи соціальне функціонування та професійну адаптацію особистості [7].

Мета дослідження полягала у вивченні особливостей електрошкірної чутливості при вегетативних соматоформних розладах у осіб молодого віку (студентів).

Первинною інформаційною базою дослідження стали результати обстеження 236 осіб: хворих з ВСФР ( $n_x = 118$ ) та практично здорових ( $n_k = 118$ ); середній вік обстежених склав  $(18,1 \pm 0,8)$  р. Групи порівняння були урівноважені за віко-статевою структурою, їх формування виконано за результатами медико-психологічного скринінгу [6] з використанням методу копії-пара [11]. Хворі з ВСФР додатково були поділені на дві підгрупи за ознакою наявності хронічної соматичної патології:  $^1n_x = 65$  — з ВСФР без соматичної патології (умовно названі як «ізольовані ВСФР») та  $^2n_x = 57$  осіб — з ВСФР на тлі хронічної соматичної патології.

Обстеження виконано за стандартною програмою з накопиченням даних щодо проявів ВСФР, включаючи осіб з соматичною патологією. На першому етапі

діагностики ВСФР основою скринінгової методики діагностики ознак вегетативних порушень був опитувальник, запропонований А. Вейном [1], та реалізований у нашому дослідженні у вигляді комп'ютерної версії. Вказаний опитувальник застосовано на етапах проведення комплексних медичних оглядів, він складався із 11 запитань, кількісну оцінку відповідей на які виконано за методикою А. Вейна. На другому етапі діагностики ВСФР застосовано методи клініко-психологічного обстеження осіб, які за результатами скринінгу набрали понад 15 балів; тест диференціальної самооцінки функціонального стану, шкалу особистісної і реактивної тривожності С. D. Spielberger, оцінку рівня нейротизму, екстра- та інтроверсії вивчали за допомогою опитувальника Н. I. Eysenck [2], що дозволило забезпечити сучасний класифікаційний підхід до ідентифікації стану пацієнтів з обґрунтованим віднесенням їх стану до рубрики «соматоформні розлади» [3].

Вивчення електрошкірної чутливості у хворих на ВСФР і пацієнтів контрольної групи виконано із застосуванням «Способу діагностики організму за станом БАТ, виміру електричного опору шкіри у БАТ» на «Пристрої для виміру електричного опору шкіри у біологічно активних точках» [12]. 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 однойменних 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 200 мкА, напругу 12 В, а активний електрод має площу контактної поверхні 1 см<sup>2</sup>. Пристрій містить мікропроцесор для перетворення вимірів в цифрову форму і квантування з частотою 100 Гц та інтерфейс для передачі результатів на комп'ютер.

Під час виконання дослідження застосовано відомі та широко вживані статистичні методи: варіаційна статистика, імовірнісний розподіл з оцінкою достовірності одержаних результатів [11]; обчислювалися за стандартною методикою з використанням адаптованої у середовищі «Excel» комп'ютерної програми. При проведенні інформаційного аналізу використано дані попереднього клініко-статистичного аналізу.

Дослідження електрошкірної чутливості шкіри пацієнтів з ВСФР та осіб контрольної групи по БАТ меридіану легенів (*P; Poulmons*) виявило достовірно ( $p < 0,01$ ) нижчий рівень ЕШ у пацієнтів з іВСФР у порівнянні з хворими на сВСФР: ліворуч, відповідно  $(52,3 \pm 3,3)$  мкА та  $(88,1 \pm 4,1)$  мкА, праворуч  $(56,3 \pm 4,7)$  мкА та  $(82,9 \pm 2,7)$  мкА. При цьому слід зазначити, що рівень ЕШ у пацієнтів з іВСФР дещо перевищував відповідні показники пацієнтів групи контролю, а його варіація була на низькому рівні  $(3,2 \div 6,3) \%$ ; дисбаланс електрошкірної чутливості шкіри формувався за рахунок переважання  $E_{Dp} = (26,6 \div 35,8)$  мкА у соматизованих пацієнтів та по меридіану праворуч ( $p < 0,01$ ).

ЕШ пацієнтів з ВСФР 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 сВСФР: ліворуч, відповідно  $(37,9 \pm 4,6)$  мкА та  $(71,1 \pm 5,4)$  мкА, праворуч

(41,4 ± 3,2) мкА та (81,4 ± 4,8) мкА. При цьому, рівень ЕШ у пацієнтів з іВСФР не відрізнявся від відповідних показників пацієнтів групи контролю, а його варіація була на середньому рівні, сягаючи варіації 15,3 % (при іВСФР, ліворуч). У цілому, дисбаланс електрочутливості шкіри формувався за рахунок переважання  $ED_G = (33,2 \div 40,0,8)$  мкА у соматизованих пацієнтів та по меридіану праворуч ( $p < 0,001$ ).

У пацієнтів з ВСФР та осіб контрольної групи ЕШ по БАТ меридіану шлунка (*Enteromac*) достовірно ( $p < 0,001$ ) нижча рівня ЕШ пацієнтів з іВСФР у порівнянні з хворими на сВСФР: ліворуч, відповідно (38,2 ± 3,1) мкА та (90,1 ± 6,7) мкА, праворуч (39,2 ± 4,3) мкА та (91,2 ± 2,3) мкА. При цьому рівень ЕШ у пацієнтів з іВСФР достовірно ( $p < 0,05$ ) перевищував відповідні показники пацієнтів групи контролю, а його варіація була на середньому рівні, сягаючи варіації 11,3 % (при іВСФР, праворуч). У цілому, дисбаланс електрочутливості шкіри по цьому меридіану був найбільшим та формувався за рахунок переважання  $ED_E = (51,9 \div 52,0)$  мкА у соматизованих пацієнтів та однаково ліворуч та праворуч.

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

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

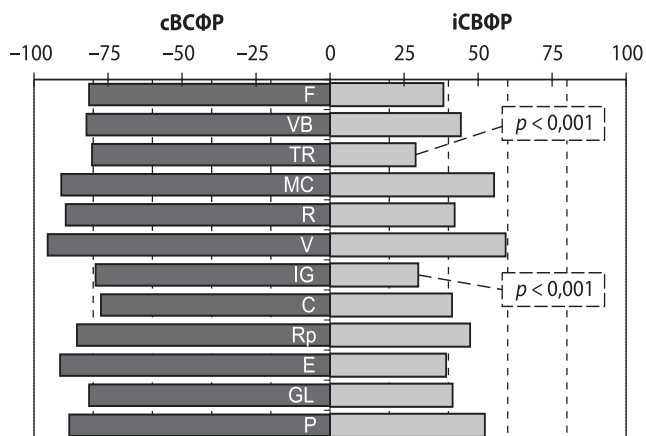


Рис. 1. Показники електрочутливості (мкА) за меридіанами (ліворуч) у пацієнтів з вегетативними соматоформними розладами

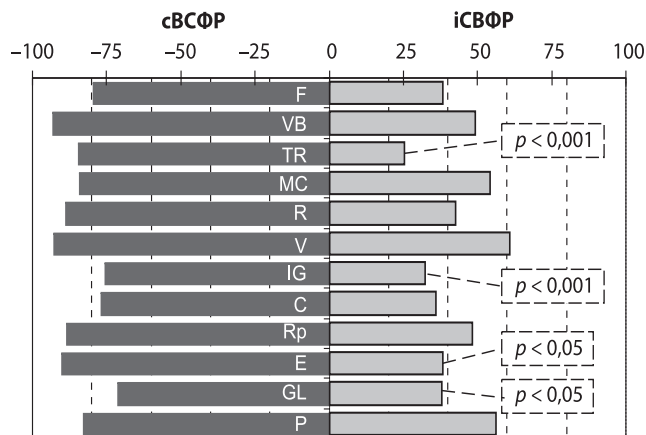


Рис. 2. Показники електрочутливості (мкА) за меридіанами (праворуч) у пацієнтів з вегетативними соматоформними розладами

По меридіану нирок (*R*) виявлено достовірне зростання електрочутливості шкіри у пацієнтів з сВСМФР відносно групи контролю та зниження ЕШ у пацієнтів з іВСФР відносно як групи контролю, так і пацієнтів з сВСФР. Так, по лівому меридіану нирок рівень ЕШ становив: для іВСФР — (42,7 ± 3,9) мкА, для сВСФР — (88,6 ± 4,7) мкА та (78,3 ± 2,2) мкА — у контролі, що і визначає формування відповідних значень  $ED_R = 45,9$  мкА за умов низького рівня варіації показників. При цьому, у правому каналі нирок має місце більша варіація показника ЕШ, насамперед при іВСФР — (42,7 ± 3,9) мкА, тоді як при сВСФР має місце менша варіація (становить 6,0 %) та більший рівень ЕШ — (89,3 ± 5,4) мкА.

ЕШ на меридіані перикарда (*MC*) достовірно ( $p < 0,05$ ) була більшою у пацієнтів з сВСФР (ліворуч — (84,2 ± 5,6) мкА, праворуч — (90,8 ± 5,4) мкА), ніж при іВСФР (ліворуч — (54,2 ± 3,8) мкА, праворуч — (55,4 ± 3,6) мкА) та у групі контролю (ліворуч — (74,0 ± 2,8) мкА, праворуч — (73,1 ± 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 ліворуч ( $p < 0,05$ ). Дослідження ЕШ пацієнтів з ВСФР 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 іВСФР; 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 сВСФР відносно групи контролю та зниження ЕШ у пацієнтів з іВСФР відносно як групи контролю, так і пацієнтів з сВСФР. Так, по лівому меридіану жовчного міхура рівень ЕШ становив: для іВСФР — (49,1 ± 3,7) мкА, для сВСФР — (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.

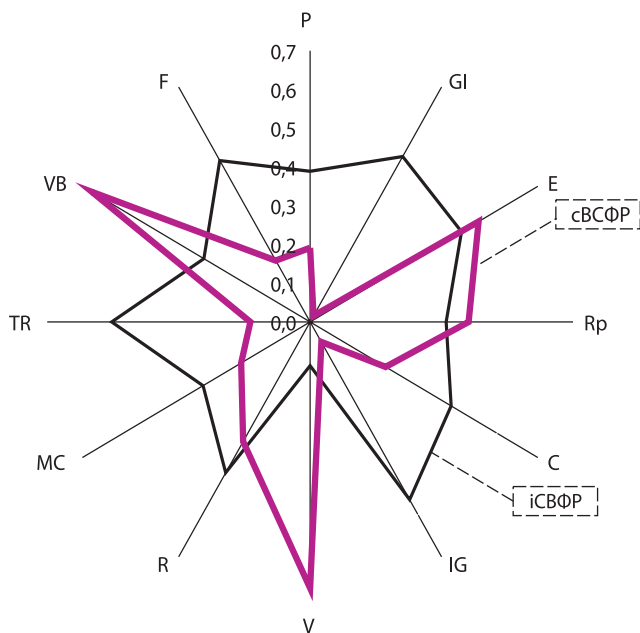


Рис. 3. Інформативність змін електрочутливості шкіри у біологічно активних точках (ліворуч) пацієнтів з вегетативними соматоформними розладами

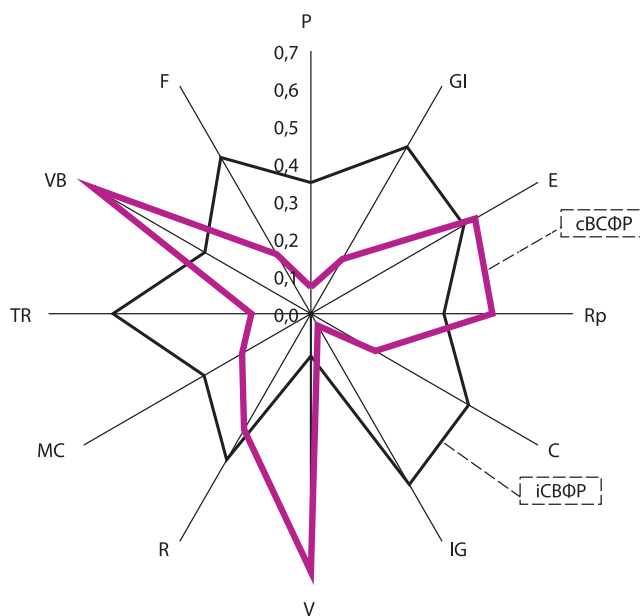


Рис. 4. Інформативність змін електрочутливості шкіри у біологічно активних точках (праворуч) пацієнтів з вегетативними соматоформними розладами

ЕШ на меридіані печінки (F) достовірно ( $p < 0,05$ ) була більшою у пацієнтів з сВСФР (ліворуч —  $(79,4 \pm 5,7)$  мкА, праворуч —  $(81,4 \pm 5,8)$  мкА), ніж при іВСФР (ліворуч —  $(38,3 \pm 3,3)$  мкА, праворуч —  $(38,2 \pm 3,6)$  мкА) та у групі контролю (ліворуч —  $(70,9 \pm 2,8)$  мкА, праворуч —  $(71,6 \pm 2,)$  мкА) за умов низького рівня варіації показників. Дисбаланс ЕШ формувалася за рахунок переважання  $ЕД_F = (41,3 \div 43,1)$  мкА у соматизованих пацієнтів та по меридіану праворуч ( $p < 0,05$ ).

По меридіану сечового міхура (V; *Vessie*) виявлено значне зростання ( $p < 0,001$ ) електрочутливості шкіри у пацієнтів з сВСФР відносно групи контролю та

зниження ЕШ у пацієнтів з іВСФР відносно як групи контролю, так і пацієнтів з сВСФР. Так, по лівому меридіану сечового міхура рівень ЕШ становив: для іВСФР —  $(60,7 \pm 4,3)$  мкА, для сВСФР —  $(92,8 \pm 5,9)$  мкА та  $(66,1 \pm 2,3)$  мкА — у контролі, що і визначає формування відповідних значень  $ЕД_{VB} = 32,1$  мкА за умов низького рівня варіації показників. По правому каналу сечового міхура мала місце аналогічна тенденція.

Таким чином, результати проведеного аналізу дозволяють сформулювати такі висновки.

1. Для відображення основних відмінностей щодо формування електрочутливості шкіри хворих з клінічними варіантами ВСФР виконана їх (показників) стандартизована оцінка у системі меридіанів. Виходячи із отриманих результатів, можна дійти висновку, що ізольовані та соматизовані ВСФР характеризуються різними електрофізіологічними процесами, що може бути використано для удосконалення ранньої діагностики ВСФР.

2. Водночас, зазначимо, що діагностична та диференціально-діагностична цінність ЕШ — різниться. І, якщо для ранньої діагностики ВСФР у скринінговому режимі слід застосовувати діагностичну цінність показників опору шкіри в координатних зонах меридіану тонкого кишечника (IG), то для диференціальної діагностики (діагностики соматизації) слід використовувати меридіани жовчного міхура, сечового міхура, селезінки та підшлункової залози.

3. Найбільш інформативними для диференціальної діагностики ВСФР проявами електрочутливості шкіри є зміни показників в координатних зонах каналів: меридіану жовчного міхура (VB; *Vesicula biliaris*) — 0,152 біт, меридіану сечового міхура (V; *Vessie*) — 0,149 біт, селезінки та підшлункової залози (Rp; *Rate-pancreas*) — 0,099 біт, що і визначає першочергове їх включення до системи скринінгової діагностики.

Перспективи подальших досліджень у цьому напрямку пов'язані з вивченням кореляційних взаємозв'язків між показниками ЕШ та клініко-психопатологічними й особистісними особливостями пацієнтів з ВСФР.

#### Список літератури

1. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение; под ред. А. М. Вейна. — М.: Мед. информационное агентство, 2000. — С. 54—55.
2. Личко, А. Е. Личностный опросник Бехтеревского института / А. Е. Личко. В кн.: Методы психологической диагностики и коррекции в клинике; под. ред. М. М. Кабанова, А. Е. Личко, В. М. Смирнова. — Л.: Медицина, 1983. — С. 102—115.
3. Менделевич, В. Д. Клиническая и медицинская психология / В. Д. Менделевич. — М.: Медпресс, 1999. — 592 с.
4. Михайлов, Б. В. Психотерапия в общесоматической медицине: Уч. пособие / Михайлов Б. В., Сердюк А. И., Федосеев В. А. — Харьков. — ХМАПО, 2002. — 98 с.
5. Психотерапия: Учебник для врачей-интернов ВМУЗ III—IV уровней аккредитации / [Михайлов Б. В., Табачников С. И., Витенко И. С., Чугунок В. В.] . — Харьков: Око, 2002. — 768 с.
6. Панченко, М. С. Поширеність та структура вегетативних соматоформних розладів (за результатами моніторингу студентів) / М. С. Панченко // Вісник проблем біології і медицини. — 2010. — Вип. 3. — С. 216—221.
7. Панченко, М. С. Розробка психологічного моніторингу молодших медичних спеціалістів з урахуванням організаційних та педагогічних умов підготовки / М. С. Панченко // Освіта в Україні в контексті Європейського освітнього простору. — Київ, 2010. — С. 130—135.
8. Панченко, М. С. Фактори ризику та прогнозування вегетативних соматоформних розладів у системі медико-психологічного моніторингу студентів / М. С. Панченко, Н. С. Панченко // Вісник проблем біології і медицини. — 2010. — Вип. 4. — С. 216—222.

9. Панченко, Н. С. Вегетативные соматоформные расстройства: возможности оценки эффективности коррекции на этапах клинико-психологического мониторинга / Н. С. Панченко // Там само. — Вип. 2. — С. 108—113.

10. Пат. 66828, Україна. МПК (2006) А61В 5/05, А61Н 39/00. Спосіб діагностики організму за станом БАТ, спосіб виміру електричного опору шкіри у БАТ і пристрій для виміру електричного опору шкіри

у БІТ / Штанько О. І. (UA); Личкакий Д. Є. (UA); Жердецький І. Г. (UA); Жердецька О. М. (UA); Чижов В. В. (UA) // Заявл. 15.06.2002. — Опубл. 15.06.2004. — Промислова власність, 2004. — № 6.

11. Эпидемиология неинфекционных заболеваний; под. ред. А. М. Вихерта А. В. Чаклина; АМН СССР. — М: Медицина, 1990. — 272 с.

Надійшла до редакції 16.12.2010 р.

**Н. С. Панченко**

Харьковская академия последипломного образования;  
Харьковский базовый медицинский колледж № 1 (г. Харьков)

**Кожная электрочувствительность при вегетативных соматоформных расстройствах: значение для медико-психологического мониторинга**

В результате сравнительного анализа каждой электрочувствительности в координатных зонах классических меридианов больных и пациентов контрольной группы изучены электрофизиологические особенности и определена дифференциально-диагностическая ценность показателей электропунктурной диагностики функционального состояния вегетативной нервной системы при вегетативных соматоформных расстройствах.

*Ключевые слова:* вегетативные соматоформные расстройства, кожная электрочувствительность, диагностика, скрининг.

**M. S. Panchenko**

Kharkiv medical Academy of Postgraduate Education;  
Kharkiv medical college № 1  
(Kharkiv)

**Cutaneous electrosensitivity at vegetative somatoformal disorders: importance for medico-psychological monitoring**

As a result of comparative analysis cutaneous electrosensitivity in coordinate areas of classical meridians both patients of main group and control one have been studied electrophysiological features and have been determined differentially-diagnostical value of indexes of electropunctural diagnostic functional condition of vegetative nervous system at vegetative somatoformal disorders.

*Keywords:* vegetative somatoformal disorders, cutaneous electrosensitivity, diagnostic, screening.

УДК 616.895.4:616.1/4-08

**И. А. Явдак, канд. мед. наук**

ГУ «ИНПН НАМН Украины» (г. Харьков)

**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ СОМАТИЗИРОВАННЫХ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ**

Проведена оценка терапевтической эффективности препарата Эглонил в терапии 35 больных рекуррентным депрессивным расстройством.

Использованы клинико-психопатологический, нейропсихологический (оценочная шкала депрессий Гамильтона (HDRS), шкала депрессии Монтоммери — Асберг (MADRS)) методы.

Показано, что применение Эглонила у больных текущим эпизодом умеренной депрессии с соматическими симптомами оказывает существенный антидепрессивный эффект и способствует быстрому купированию соматического компонента депрессии.

*Ключевые слова:* депрессивные расстройства, терапия, Эглонил

Депрессивные расстройства представляют собой большую проблему для общества в связи с их распространенностью и тем, что они поражают наиболее работоспособные слои населения, нарушая качество жизни больных и их семей, приводя к значительным финансовым потерям [1—4]. Экспертами ВОЗ подсчитано, что к 2020 году депрессия будет одной из основных причин нетрудоспособности и займет второе место после кардиоваскулярной патологии. Встречаемость депрессии на протяжении жизни составляет 5—12 % у мужчин и 12—20 % у женщин [6].

Важным аспектом депрессивных расстройств является то, что они характеризуются рецидивирующим течением, часто протекают атипично, с соматическими симптомами, что ведет к несвоевременной диагностике и формированию резистентных форм депрессий. Для определения соматических симптомов депрессии в литературе существует большое количество терминов: соматические, соматизированные, физические,

телесные, соматоформные, болевые, психосоматические, вегетативные, необъяснимые с медицинской точки зрения, маскированные и т. д. Большинство пациентов с соматизированными депрессивными расстройствами обращаются за помощью в первичную медицинскую сеть — по данным статистики депрессивные расстройства встречаются у 20—25 % пациентов общемедицинской сети [8]. Данные литературы свидетельствуют также, что соматические симптомы являются основной причиной визитов к интернисту более чем у 50 % пациентов с депрессией [7].

Именно в связи с превалированием в клинике соматических симптомов и «размытостью» синдромов депрессии значительное число пациентов с депрессией остается вне поля зрения психиатров, а следовательно — без своевременной диагностики заболевания и лечения. Существует целый ряд причин недостаточной диагностики депрессивных расстройств в общей практике: недостаток навыков диагностики и психиатрических знаний среди врачей первичной сети; стигматизация и избегание диагноза психического расстройства; атипичность клинической картины депрессии; недостаточная дифференциальная диагностика депрессии с реакцией печали; коморбидность депрессий с соматической патологией, с тревогой, с болезненными зависимостями; культуральные различия и трудности в общении между пациентом и доктором и т. д.

Множественность, полисистемность соматических проявлений депрессии считается одной из основных причин низкой выявляемости ее в первичном звене медицинской помощи. Из всех диагностически значимых проявлений депрессии два ключевых симптома текущего депрессивного эпизода носят соматический характер: утомляемость/слабость/апатия отмечается

© Явдак І. О., 2011