

BIOPHYSICAL FEATURES OF DIFFERENT MATURITY KELOID SCARS

Borzykh Yu.A.

Summary. The analysis of biophysical features of different maturity keloid scars from 35 patients is given. A differentiative approach to the treatment of present pathology is grounded.

Key words: keloids, biophysical features

Отримано до редакції 18.02.13

УДК 616.517-02:575.1[616-009:304.3]

БІОПСИХОСОЦІАЛЬНІ ТА ГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПСОРІАЗУ

Куц Л.В.

Медичний інститут Сумського державного університету

Резюме. При обстеженні 520 хворих на псоріаз у всіх пацієнтів були виявлені ознаки дисморфофобії, виражені достовірно в більшій мірі у осіб із підтвердженою генетичною детермінацією патологічного процесу. Не дивлячись на те, що генетично детермінується і діяльність так званої «ноцицептивної матриці» центральної нервової системи, внесення коректив в її функціонування все ж таки можливо. Це може стати новим перспективним напрямком лікування псоріазу.

Ключові слова: псоріаз, генетична детермінація, дисморфофобії, «ноцицептивна матриця»

Серед багаточисленних проблем, що пов'язані із захворюванням людини на псоріаз, суттєве місце належить і психологічним аспектам [2, 8]. Згідно світових статистичних досліджень до лікарів звертається менше 1/3 людей із клінічно значимими симптомами тієї чи іншої хвороби, а 50 % пацієнтів із числа тих, що вперше звернулися за медичною допомогою, не мають конкретної патології. У відношенні псоріазу в більшості випадків хворі при появі висипки на шкірі фокусують свою увагу на наявності у них дерматозу, однак, через деякий час, у пацієнтів все чіткіше проявляються відмінності у відношенні частоти звернення до лікаря з цього приводу [4].

В сучасній науковій літературі робиться акцент на необхідності чіткого розуміння різниці між поняттями «захворювання» та «розлад»: перше визначається як «об'єктивна біологічна подія», друге – як «самоатрибуція» (суб'єктивне переживання). «Захворювання» пов'язано з пошкодженням конкретних структур чи систем організму і

обумовлено змінами, що наступили (патоанатомічними, патогістологічними, патофізіологічними, патобіохімічними). «Захворювання» може супроводжуватися «розладом», і, перш за все тоді, коли це поєднується з фізичним (у тому числі – косметологічним) дискомфортом, психоемоційними реакціями, поведінковими обмеженнями. Під поняттям «розлад» розглядають реакцію на «захворювання» не тільки безпосередньо особи, що захворіла, але і членів її сім'ї, а також – оточуючих людей [1]. Такі проблемні питання отримали назву «біопсихосоціальних», і вони при псоріазі вивчені недостатньо.

Але в останні роки знаходять дані, що підтверджують важливе значення генетичної детермінації псоріатичної хвороби як для виникнення, так і для подальшого перебігу захворювання. Особливої уваги заслуговують докази генетичної детермінації синаптичних зв'язків в ЦНС. Важливе значення вищезазначених генетичних аспектів цього дерматозу обумовлено також тим, що, не дивлячись на використання самих сучасних методів лікування, повного одужання хворих досягти не вдається [3, 7].

Мета роботи – вивчити наявність/відсутність корелятивних зв'язків між особливостями клінічного перебігу псоріазу, його генетичною детермінацією та біопсихосоціальними наслідками.

Матеріал і методи

Під спостереженням знаходилось 520 хворих на псоріаз (прогресуюча стадія; чоловіків – 280 (53,8 %), жінок – 240 (46,2 %), віком від 16 до 60 років). Аналіз анамнестичних даних і клінічного обстеження свідчив про наявність I типу характеру виникнення і перебігу захворювання у 392 (75,4 %), II типу – у 128 (24,6 %); відповідно дані за генетичну детермінацію виникнення псоріазу мали місце у 295 із 392 (75,3 %) та у 40 із 128 (31,3 %).

У всіх пацієнтів за допомогою розроблених критеріїв проводилось визначення ступеня виразності дисморфофобії, тобто, – психологічного розладу, при якому у людини мають місце переконання (нав'язливого характеру) відносно наявності у неї якогось дефекту зовнішнього вигляду (уявного чи перебільшеного). Кожен із 15 критеріїв оцінювався від 0 до 3 балів, потім після сумачії усіх балів та ділення отриманої суми на кількість критеріїв отримували середній бал виразності дисморфофобії: 0 балів – відсутність дисморфофобії, 1 бал – помірний ступінь, 2 бали – середній ступінь, 3 бали – тяжкий ступінь.

Результати та їх обговорення

Серед обстежених хворих на псоріаз осіб з «0» балів та «3» балами – не було. З 295 хворих, у яких відмічався перебіг псоріатичної хвороби як I тип і з підтвердженою генетичною детермінацією захворювання (I Г+), ступінь виразності дисморфофобії оцінювалась як 1 бал у 27 (9,2 %), як 2 бали – у решти 268 (90,8 %); з 97 хворих із непідтвердженою генетичною детермінацією процесу (I Г-), відповідно – у 82 (84,5 %) та 15 (15,5 %). Таке співвідношення у хворих з II типом перебігу захворювання спостерігалось, відповідно – у 7 (17,5 %) та 33 (82,5 %) із 40 (II Г+) та у 79 (89,8 %) та 9 (10,2 %).

На рисунку 1 наведено середні бали ступеня тяжкості проявів дисморфофобії у обстежених пацієнтів.

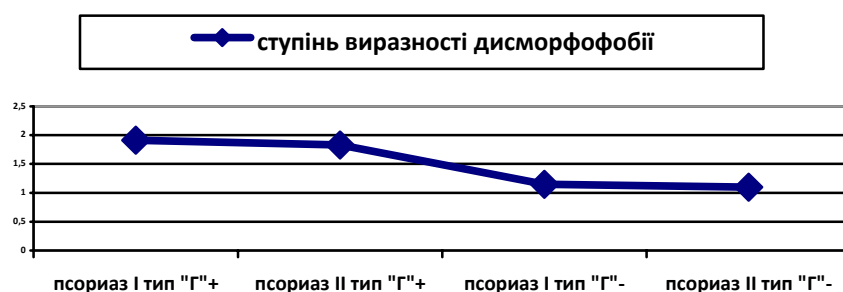


Рис. 1. Ступінь тяжкості проявів дисморфофобії у хворих на псоріаз (в балах; «Г» – генетична детермінація)

Згідно даних, наведених на рисунку 1, у хворих на псоріаз з підтвердженою генетичною детермінацією процесу ступінь виразності дисморфофобії достовірно ($p < 0,05$) був більшим ніж при відсутності такої детермінації при обох типах перебігу захворювання.

Отримані результати дослідження свідчать про наявність зв'язку між клінічними особливостями перебігу захворювання, його генетичною детермінацією і виразністю дисморфофобії у хворих.

Надзвичайно важливим у цьому плані може стати дослідження впливів на патогенез псоріазу регуляторних центрів головного мозку, бо, згідно запропонованої «теорії нейроматриксу», всі якісні характеристики ноцицептивних відчуттів є також генетично детермінованими і генеруються в головному мозку, а периферичні стимули є лише неспецифічними «тригерами» [6]. Генетично детермінованими у нейроматриксі перш за все є синаптичні зв'язки розповсюдженої сітки нейронів таламусу, лімбічної системи та кори головного мозку (т. з. «материнська» матриця, яка відтворює та модулює сенсорну інформацію). Але в останні роки і свербіж шкіри розглядають як різновид ноцицептивного відчуття, багато в чому

аналогічного болю, і, таким чином, у феноменах наявності або відсутності ноцицептивних відчуттів при псоріазі можуть лежати ті ж механізми, що і при болю.

У такому разі можна розрізнити:

1) первинні гіперноцицептивні прояви, які локалізуються або в зоні іннервації пошкодженого нерву, або в зоні тканинного пошкодження;

2) вторинні гіперноцицептивні прояви (спостерігаються частіше), які розповсюджуються більш далі, ніж первинні (виходять за межі зони іннервації пошкодженого нерву чи зони тканинного пошкодження).

У відношенні до патогенезу псоріазу важливою може бути та обставина, що в зоні вторинних гіперноцицептивних проявів спрацьовують механізми т. з. статичної гіперноцицепції, коли постійне надавлювання (як це має місце у відношенні розгинальних поверхонь ліктьових та колінних суглобів) активує т. з. «німі» ноцицептори С-волокон за рахунок «нейрогенного» запалення (без прямого пошкодження тканин). Ці зміни розглядають як адаптивну реакцію периферичної і центральної нервової системи у відповідь на статичні пошкодження. Медіатори, які каскадно «народжуються» при наступних етапах розвитку запально-репаративного процесу, в подальшому призводять вже до «сенситизації» «німих» рецепторів (в цей період може спостерігатися і свербіж).

Але, як у визначенні терміну «біль», так і у визначенні терміну «свербіж» обов'язково наголошується на «емоційно негативному» супроводженні цих ноцицептивних відчуттів. Зрозуміло, що і наявність висипки не додає «позитиву» до такого супроводження. Саме цій стороні проблеми приділяється особлива увага в «теорії нейроматриксу». R. Melzack, 1999 підкреслив, що різнопланове «переживання» ноцицептивного відчуття є тісно пов'язаним з характерними паттернами нервових імпульсів, які виробляються нейронною сіткою, що й утворює власний нейроматрикс організму. В той же час особливо треба відмітити, що в цій теорії наголошується на тому, що, незважаючи на генетичну детермінацію нейроматриксу, він – модифікується (завдяки сенсорному досвіду та навчанню). Це може стати обґрунтуванням нових напрямків лікувально-профілактичних заходів при псоріазі [5, 9, 10].

Широка індивідуальна варіабельність в проявах ноцицептивних відчуттів у осіб з ідентичним ступенем пошкодження пояснюється з позицій «біопсихосоціальної моделі». Якщо з позицій «біомедичної»

моделі найважливіше значення для таких реакцій має власне «захворювання», то з позицій «біопсихосоціальної» моделі – значення надається і «захворюванню» і «розладам» (тобто, комплексній взаємодії біологічних, психологічних та соціальних складових). При хронічному захворюванні (до яких належить і псоріаз) відбувається двостороння взаємодія цих факторів, що й впливає на формування психоемоційних реакцій хворого, при цьому:

1) біологічні фактори – ініціюють, підтримують та модулюють фізичні порушення;

2) психологічні фактори – впливають на оцінку та сприйняття внутрішніх фізіологічних проявів;

3) соціальні фактори – формують реакції поведінки на психоемоційні хвилювання.

Зазвичай, в гостру стадію захворювання переважають біологічні фактори, але в подальшому на перший план можуть виходити психологічні та соціальні. Але, все ж таки, існує значна варіабельність в поведінкових та психологічних проявах різноманітних дисфункцій.

Висновки

У хворих на псоріаз наявність висипки на шкірі («косметичний» дефект) супроводжується розвитком дисморфофобії помірного та середнього ступеня виразності (більш виразної – при генетичній детермінованості захворювання). В той же час, незважаючи на те, що псоріаз відноситься до захворювань, в патогенезі якого генетична детермінанта відіграє надзвичайно важливу роль, є можливість модифікувати стан центральних регуляторних механізмів завдяки методологіям, спрямованим на використання сенсорного досвіду та навчання. Таким чином, лікування хворих на псоріаз повинно враховувати не тільки патофізіологічну основу клінічних проявів, але й весь спектр соціальних та психологічних факторів, що може дозволити покращити психофізіологічну адаптацію, підвищити функціональну активність та покращити якість життя пацієнта.

ЛІТЕРАТУРА

1. Данилов А. Б. Биопсихосоциальная модель и хроническая боль / А. Б. Данилов // Российский журнал боли. – 2010. – № 1. – С. 3–7.
2. Псориаз и описторхоз / Г. И. Непомнящих, С. А. Хардюкова, С. В. Айдагулова, Г. А. Лапий. – Морфогенез гастроинтестинопатии. – М. : РАМН, 2003. – С. 175.
3. Псориаз / В. И. Степаненко, О. О. Сызон, Н. М. Шупенько [и др.] // Дерматология, венерология : [учебник / под ред. В. И. Степаненко]. – К. : КИМ, 2012. – С. 167–197.

4. Результаты Российского эпидемиологического исследования распространенности невропатической боли, ее причин и характеристик в популяции амбулаторных больных / Н. Н. Яхно, М. Л. Кукушкин, О. С. Давыдов [и др.] // Боль. – 2008. – № 3. – С. 20.
5. Al-Noquail I. A. Personalized medicine in psoriasis: concept and applications / I. A. Al-Noquail // Current Vascular Pharmacology. – 2010. – Vol. 8, № 3. – P. 432–436.
6. Fry L. Triggering psoriasis: the role of infections and medications / L. Fry, B. S. Baker // Clin. Dermatol. – 2007. – Vol. 25, № 6. – P. 606–615.
7. Giardina E. The psoriasis Genetics as a Model Complex Disease, Current Drug Targes / E. Giardina, C. Sinibal, G. Novelli // Inflammation Allergy. – 2004. – № 3. – P. 58–63.
8. Khaitov K. Children psoriasis and psychosocial factory / K. Khaitov // Medical Healt and Science Jornal. – 2010. – Vol. 3, № 3. – P. 25–28.
9. Psoriasis treatment in the United State an the and of the 20-th centuri / D. J. Pearce, K. H. Stealey, R. Balkrishnan [et al.] // Int. J. Derm. – 2006. – Vol. 45, № 4. – P. 370–374.
10. Age, gender, quality of life and psychological distress in patients hospitalized with psoriasis / F. Sampogna, M. M. Chren, C. F. Melchi [et al.] // Br. J. Dermatol. – 2006. – Vol. 154, № 2. – P. 325–331.

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ И ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСОРИАЗА

Куц Л.В.

Резюме. При обследовании 520 больных псориазом у всех пациентов были выявлены признаки дисморфофобии, выраженные в достоверно большей степени у лиц с подтвержденной генетической детерминацией патологического процесса. Не смотря на то, что генетически детерминируется и деятельность так называемой «ноцицептивной матрицы» центральной нервной системы, внесение корректив в ее функционирование все же возможно. Это может стать новым перспективным направлением лечения псориаза.

Ключевые слова: псориаз, генетическая детерминация, дисморфофобии, «ноцицептивная матрица»

BIOPSYCHOSOCIAL AND GENETIC ASPECTS OF PSORIASIS

Kuts L.V.

Summary. An examination of 520 patients with psoriasis in all patients showed signs dysmorfofobiyi expressed significantly to a greater extent in patients with a confirmed genetic determination of the pathological process. Despite the fact that genetically determined and the activities of so-called "nociceptive matrix" of the central nervous system, making adjustments in its operation is still possible. This may be a new promising way to cure psoriasis.

Key words: psoriasis, genetic determination, dysmorfofobiyi, "nociceptive matrix"

Отримано до редакції 13.02.13

УДК 616.594.14-031.12-07-092-08:577.17.049

ВЛИЯНИЕ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СОСТАВА ВОЛОС НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОЧАГОВОЙ АЛОПЕЦИЕЙ

Шагов Е.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме. Результаты лечения больных очаговой алопецией прямо связаны с содержанием в волосах меди, исходный уровень которого является прогностическим фактором дальнейших лечебных мероприятий, а применение медикаментозных витаминно-микроэлементных комплексов вызывает достоверное повышение в волосах концентрации железа, тогда как внутрикожное введение глюкокортикоидных гормонов и аутоплазмы, обогащенной тромбоцитами, способствует уменьшению цинкового дефицита.

Ключевые слова: алопеция очаговая, лечение, эффективность, волосы, микроэлементы

Очаговая алопеция (ОА) сопровождается уменьшением содержания в волосах таких микроэлементов (МЭ), как железо (Fe) [2] и цинк (Zn) [5, 8], причем, роль цинкового микроэlementоза в патогенезе ОА продемонстрирована и в эксперименте на крысах с моделью алопеции [3]. Вместе с тем, как считают Н.Мussalo-Rauhamaa et al. [7], в случаях ОА микроэlementоз касается содержания меди (Cu) и марганца (Mn). Необходимо отметить, что эффективное лечение ОА вызывает немалые трудности [4, 6], несмотря на постоянное внедрение в клиническую практику принципиально новых методов патогенетической терапии, в том числе и витаминно-микроэлементных комплексов [1].

В настоящее время уровень эссенциальных МЭ (Cu, Fe, Mn, Zn) в волосах больных ОА до и после патогенетической терапии изучен не был, остается невыясненной прогностическая значимость микроэlementоза в отношении дальнейших лечебных мероприятий. Сказанное стало целью и задачами данной работы.

Материал и методы

Под наблюдением находились 97 больных ОА в возрасте от 18 до 69 лет (в среднем $40,4 \pm 11,64 \pm 1,18$ лет). Среди этих пациентов были 62% мужчин в возрасте $37,2 \pm 9,57 \pm 1,24$ лет и 38% женщин в возрасте $45,6 \pm 12,87 \pm 2,12$ лет. Длительность заболевания до 6 месяцев была установлена в 51% наблюдений. Экстракраниальное поражение волос обнаружено у 24% от числа обследованных больных, онихопатия – у 22%, псевдопелада Брока – у 10%, синдром Литтла-Лассюэра – у 11%.