

Ф.С. Мусина<sup>1</sup>, Р.Т. Хамидуллин<sup>1</sup>, Т.А. Мельникова<sup>1</sup>,  
 П.Д. Болотов<sup>2</sup>, Э.Г. Муталова<sup>1</sup>, З.Р. Хисматуллина<sup>1</sup>, И.М. Насибуллин<sup>1</sup>  
**ЭФФЕКТИВНОСТЬ АДАПТОЛА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ  
 ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ**

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

<sup>2</sup>МБУЗ «Поликлиника № 18», г. Уфа

Согласно клинко-статистическим данным псориазом страдают в среднем от 1 до 8 % населения земного шара.

В современных экологических условиях наблюдается тенденция к росту количества больных псориазом, среди которых в последние годы в 1,5 раза увеличилось число тяжёлых форм болезни, резистентных к обычным традиционным методам терапии. Сложные экологические условия, воздействие возбудителей инфекций и другие факторы осложняют развитие адаптации у человека, поэтому внедрение в практику любых методов коррекции стресс-систем и устранение дисбаланса в функциональных системах считается необходимым и важным дополнением известных способов повышения адаптивных способностей организма.

В статье представлены данные по изучению психоэмоциональных расстройств при псориатическом артрите и оценены целесообразность применения, а также клиническая эффективность и переносимость анксиолитического препарата Адаптол® («Олайнфарм», Латвия) в составе комплексной терапии.

**Ключевые слова:** псориаз, стресс, адаптация организма, Адаптол

F.S. Musina, R.T. Khamidullin, T.A. Melnikova,  
 P.D. Bolotov, E.G. Mutalova, Z.R. Khismatullina, I.M. Nasibullin  
**EFFICACY OF ADAPTOL IN COMPLEX THERAPY OF PATIENTS  
 WITH PSORIATIC ARTHRITIS**

According to clinical statistics from 1% to 8% of the world's population suffer from psoriasis.

Current ecological conditions witness the increase in the number of psoriatic patients with 1.5 times growth of severe psoriatic forms being resistant to traditional therapies. Difficult ecological conditions, causative agents influence and other factors complicate the development of human adaptation, thus practical use of any methods of stress system correction and elimination of functional system unbalance is considered to be a necessary and important addition to traditional methods of adaptive abilities improvement.

This article explored the psycho-emotional disorders in psoriatic arthritis and assessed the feasibility and the clinical efficacy and tolerability of anxiolytic drug Adaptol® («Olainfarm», Latvia) in the complex therapy.

**Key words:** psoriasis, stress, adaptation of organism, Adaptol

Согласно клинко-статистическим данным псориазом страдают в среднем от 1 до 8 % населения земного шара [1,2]. В современных экологических условиях наблюдается тенденция к росту количества больных псориазом, среди которых в последние годы в 1,5 раза увеличилось число тяжёлых форм болезни, резистентных к обычным традиционным методам терапии [3, 4]. Распространённость псориатического артрита (ПА) среди населения России составляет 0,1 %, а среди общего количества больных псориазом – в среднем 13,5 % [5].

К характерным особенностям современного течения псориаза относится изменение структуры дерматоза: увеличение в последние годы заболеваемости, учащение инвалидизирующих форм, резистентных к проводимой терапии, появление тяжёлых форм псориаза у лиц молодого трудоспособного возраста [6-8]. Псориаз сопровождается изменениями ЦНС, вегетативной нервной системы, изменениями функционального рецепторного аппарата кожи, обменных процессов,

трофики ткани [9]. Сложные экологические условия, воздействие возбудителей инфекций и другие факторы осложняют развитие адаптации у человека, поэтому внедрение в практику любых методов коррекции стресс-систем и устранение дисбаланса в функциональных системах считается необходимым и важным дополнением известных способов повышения адаптивных способностей организма.

Понятие «качество жизни» в быту и в исследованиях различно. ВОЗ рекомендует определять качество жизни как индивидуальное соотношение своего положения в жизни общества в контексте его культуры и систем ценностей с целями данного индивидуума, его планами, возможностями и степенью неустройства [10].

Недооценка психоэмоционального состояния пациентов часто не дает ожидаемого эффекта от проводимой и, казалось бы, адекватной терапии. Эффективность лечения в 40% случаев невозможна, если игнорировать роль эмоциональных факторов в развитии дерматозов [11,12]. С учетом современных

взглядов на основные патогенетические механизмы хронических дерматозов фармакотерапия данных состояний предполагает включение в схему лечения противотревожных препаратов – анксиолитиков [13,14].

**Цель** настоящего исследования – изучить психоэмоциональные расстройства при псориатическом артрите и оценить целесообразность применения, а также клиническую эффективность и переносимость анксиолитического препарата Адаптол® («Олайнфарм», Латвия) в составе комплексной терапии.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 47 больных ПА с депрессивными расстройствами в возрасте от 28 до 50 лет, из них 35 мужчин и 10 женщин. Стационарная стадия кожного процесса диагностирована у 30, прогрессирующая – у 17 пациентов. Длительность заболевания составила от нескольких месяцев до 19 лет, в среднем от 2 до 15 лет.

Все больные предъявляли жалобы на высыпания, сопровождающиеся шелушением. Из них 14 человек жаловались на кожный зуд, жжение и чувство стягивания кожи. Зуд носил умеренный характер и был равномерным в течение суток или усиливался в вечернее и ночное время. Поражение суставов у больных, вошедших в исследование, было различным: у 28 пациентов регистрировалось воспаление межфаланговых суставов стоп и кистей рук, у 17 – констатировано поражение крупных суставов: голеностопных, лучезапястных и коленных. У 4 мужчин отмечалось поражение малоподвижных суставов илиосакрального сочленения. При рентгенографическом исследовании были выявлены как ранние признаки воспалительных проявлений в костях и суставах (увеличение объема с потерей структуры мягких периартикулярных тканей, резорбция бугристостей дистальных фаланг кистей и стоп в виде узур), так и поздние (неравномерное сужение суставных щелей вплоть до полного исчезновения, нечеткость, частичное или полное разрушение замыкающих пластинок суставных поверхностей, краевая деструкция). Развитие кожного синдрома опережало развитие суставного у 38 (80,85 %) больных, одновременное начало кожного и суставного процессов отмечено у 4 (8,5%), дебют артропатии опережал кожные высыпания у 5 (10,65 %) пациентов.

В зависимости от проводимой терапии пациенты были разделены на 2 группы: в 1-й группе (16 человек) проводилась традиционная терапия (системное использование неспецифических противовоспалительных средств

в комбинации с метотрексатом 5 – 15 мг/нед, наружно комбинированные стероиды с салициловой кислотой и препараты кальципотриола); во 2-й группе (31 человек) помимо указанной терапии применялся Адаптол® в дозе 300 мг два раза в день утром и вечером независимо от приема пищи на протяжении четырех недель. Назначение Адаптола® как препарата выбора обусловлено широким спектром психотропного влияния – «дневной транквилизатор» с выраженной анксиолитической активностью и высоким профилем безопасности, так как по химической структуре, являясь бициклическим соединением двух молекул мочевины (2,4,6,8-тетраметил-2,4,6,8-тетраазо-бицикло (3,3,0) октадион-3,7), он близок к естественным метаболитам пуринового обмена. Кроме того, его побочные эффекты крайне редки: за 20 лет применения препарата отмечены единичные случаи возникновения диспептических расстройств и кожного зуда [15.]. Адаптол® может вызвать понижение температуры тела и артериального давления, которые нормализуются самостоятельно.

Механизм действия Адаптола® обусловлен проникновением действующей субстанции через гематоэнцефалический барьер с последующим воздействием на структурно-функциональные элементы нейронов гипоталамуса и лимбической системы. В результате приема препарата достигаются следующие клинические эффекты: выраженный вегетостабилизирующий, умеренный транквилизирующий без снижения скорости реакций, умеренный ноотропный, антигипоксический, анальгетический, адаптогенный, а также антистрессовое и стрессопротекторное действия. При этом адаптол, в отличие от препаратов бензодиазепинового ряда, не оказывает миорелаксирующего эффекта, не угнетает сократительную функцию миокарда, не вызывает нежелательных центральных эффектов – подавленности, сонливости, эмоционального безразличия, не накладывает ограничений на профессиональную деятельность человека, не вызывает привыкания и развития синдрома отмены. Адаптол® безопасно сочетается с другими лекарственными средствами (антигипертензивными, β-блокаторами, антацидами, антигистаминными препаратами, оральными контрацептивами), психотропными препаратами (нейролептиками, транквилизаторами).

Всем пациентам до и после лечения проводилась оценка индекса PASI, который отражает тяжесть и распространенность псориаза, а также данных визуальной аналоговой

шкалы (ВАШ) боли, которая представляет собой прямую линию длиной 10 см. Начальная точка линии обозначает отсутствие боли – 0, затем идет слабая, умеренная, сильная, конечная, невыносимая боль – 10. От пациента требовалось отметить уровень боли точкой на этой прямой, результаты отмечались врачом в истории болезни в баллах. Для изучения влияния дерматозов на психологический статус пациентам было предложено пройти тестирование по дерматологическому индексу качества жизни (ДИКЖ), русифицированному Н.Г. Кочергиным в 2001 г. (вариант индекса Finlay, оценивающий влияние дерматологического заболевания на качество жизни больного) и по шкале Цунга для скрининговой оценки уровня тревоги и депрессии, которая проводится по факторам, содержащим группы симптомов, отражающих чувство душевной опустошенности, расстройство настроения, общие соматические и специфические соматические симптомы, симптомы психомоторных нарушений, суицидальные мысли и раздражительность/нерешительность [16, 17].

**Результаты исследования.** Исходный индекс PASI, оцененный до лечения у 47 больных псориазом, колебался в пределах от 16,9 до 42,1, в среднем составил 33,2 (95% доверительный интервал 28,9–36,2), что соответствовало средней степени тяжести течения псориаза. Эффективность лечения больных ПА 1- и 2-й групп оценивали по интенсивности регресса кожных высыпаний. В результате проводимой терапии у больных 2-й группы наблюдалась более выраженная положительная динамика клинических симптомов псориаза.

При комплексной терапии с использованием препарата Адаптол® снижение индекса PASI составило 83,57% (с  $35,3 \pm 1,7$  до  $5,8 \pm 0,7$  балла,  $p \leq 0,05$ ) в сравнении с 1-й группой (традиционная терапия), где снижение индекса PASI было также достоверным, но составило только 54,21% (с  $29,7 \pm 1,2$  до  $13,6 \pm 1,1$  балла,  $p \leq 0,05$ ). Интенсивность боли по ВАШ в сравниваемых группах до лечения не различалась (средние значения – 7,6 и 7,3 балла при движении и 2,1 и 1,9 балла в покое). Это позволило сравнить динамику интенсивности боли в 2 исследованных группах в результате лечения. Динамику ВАШ оценивали на 1- и 21-й дни лечения. При анализе динамики ВАШ боли было констатировано выраженное и достоверное по отношению к 1-й группе снижение интенсивности болевого синдрома при движении и полное исчезновение боли в покое у больных, которые приме-

няли комплексную терапию с использованием препарата Адаптол®.

Исследование показало, что у большинства больных на фоне подавленного настроения наблюдаются депрессивно-тревожные тенденции и снижение уровня качества жизни. В результате проведенного тестирования ДИКЖ составил  $18,6 \pm 1,84$  балла у женщин и  $11,7 \pm 0,78$  балла у мужчин. У женщин более выражена озабоченность состоянием здоровья и пессимистическая оценка своего состояния по сравнению с мужчинами.

При оценке показателей депрессии выявлено, что тревожно-депрессивные расстройства различной степени выраженности имели место у 85,1% пациентов обеих групп. По шкале Цунга у 65,96% ( $n = 31$ ) больных выявлен средний уровень тревожности, у 19,15% ( $n = 9$ ) – высокий уровень тревожности; у остальных пациентов наблюдалась легкая депрессия ситуативного или невротического генеза. При этом больные высказывали неопределенные жалобы психосоматического характера, характеризующиеся общей слабостью, внутренним напряжением, отсутствием чувства отдыха после сна, трудностью концентрации внимания и т.п., что характерно для астенических личностей.

Результаты нашего исследования показали, что после месяца лечения с включением Адаптола® наблюдалось снижение показателей ДИКЖ, уменьшение выраженности тревоги и депрессии, свидетельствующих об эффективности проводимой терапии. Снижение тревожно-депрессивных состояний и повышение качества жизни больных были связаны также с улучшением дерматологического статуса (прекращение появления новых и регрессирующих высыпаний).

Анализ результатов, полученных после окончания терапии, показал, что уровень ДИКЖ, а также уровни тревоги и депрессии у 97% пациентов на фоне лечения Адаптолом® снизились. После фармакотерапии Адаптолом® у большинства больных (66%) зарегистрирован низкий уровень тревожности, а высокий уровень не был зарегистрирован ни у одного из них (рис. 1).

ДИКЖ после традиционного лечения улучшился незначительно (снижение на 14%), а после комплексной терапии с включением Адаптола® снизился на 42%, что указывает на улучшение субъективного отношения пациента к своему заболеванию и уменьшение воздействия псориаза на качество жизни больного и различные сферы его жизнедеятельности (рис. 2).

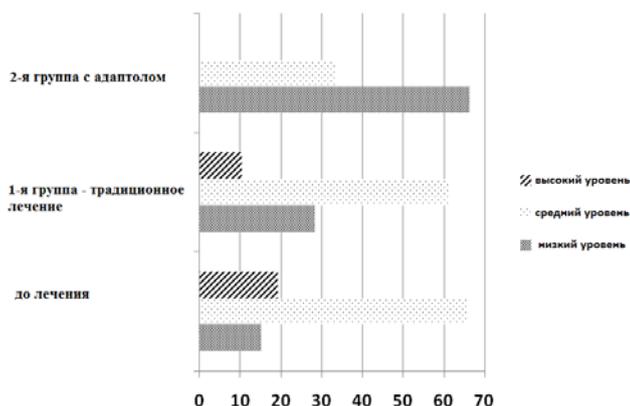


Рис. 1. Показатели тревоги у больных в зависимости от способа лечения

Клинически положительный эффект проявлялся в уменьшении раздражительности, возбудимости, эмоционального напряжения, в улучшении качества сна (более быстрое засыпание, увеличение продолжительности ночного сна, отсутствие частых, ранних пробуждений). Отмечалось снижение чувства тревоги, напряжения, повышалась работоспособность.

За время наблюдения (29–31 день)

признаков неблагоприятного лекарственного взаимодействия Адаптола® с базисными препаратами у пациентов отмечено не было. Препарат переносился хорошо практически всеми больными. Лишь в двух случаях были зафиксированы диспепсические явления (горечь во рту). После отмены Адаптола® все симптомы исчезли в течение 2–3 суток. Признаков лекарственной зависимости после отмены препарата не обнаружено.

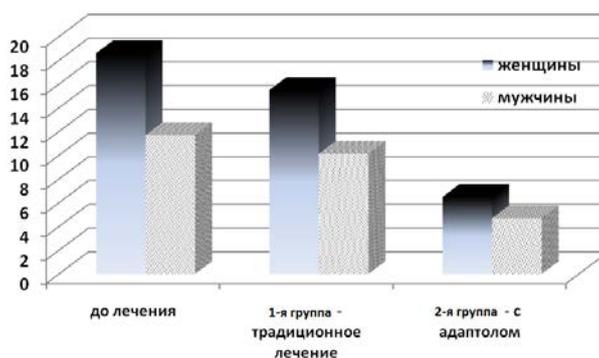


Рис. 2. Динамика показателей качества жизни на фоне проводимой терапии

Таким образом, после фармакологической коррекции Адаптолом® отмечены: нормализация выявленных психоэмоциональных расстройств у 97% пациентов с псориатическим артритом, значительное улучшение качества их жизни, а также более быстрый регресс суставного болевого синдрома и показателей дерматологического статуса в сравне-

нии с аналогичными результатами после традиционного лечения. Фармакотерапия Адаптолом® характеризуется высоким профилем безопасности и хорошей переносимостью. Полученные данные свидетельствуют о высокой клинической эффективности данного препарата в составе комплексной терапии псориатического артрита.

#### Сведения об авторах статьи:

**Мусина Флариса Сабирьяновна** – к.м.н., доцент кафедры скорой помощи и медицины катастроф с курсами термической травмы и трансфузиологии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

**Хамидуллин Роберт Тавкильевич** – ассистент кафедры скорой помощи и медицины катастроф с курсами термической травмы и трансфузиологии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

**Мельникова Татьяна Анатольевна** – аспирант кафедры госпитальной терапии №1 ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

**Болотов Павел Дмитриевич** – врач-дерматовенеролог МБУЗ «Поликлиника № 18». Адрес: г. Уфа, ул. М. Пинского, 5

**Муталова Эльвира Газизовна** – д.м.н., профессор, зав. кафедрой госпитальной терапии № 1 ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

**Хисматуллина Зарема Римовна** – д.м.н., профессор, зав. кафедрой дерматовенерологии с курсами дерматовенерологии и косметологии ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: hzr07@mail.ru.

**Насибуллин Ильдар Марсович** – к.м.н., ассистент кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Псориагический артрит: патогенез, клиника, диагностика, лечение / С. Г. Милевская, Г.И. Суколин, В.Г. Куклин, О.В. Торбина. – Казань, 1997. – 83 с.
2. Angiogenic and Inflammatory Properties of Psoriatic Arthritis / Toshiyuki Yamamoto//Dermatology. – 2013. – V.7. – 630620.
3. Пинсон, И.Я. Иммунопатологические механизмы псориаза и их коррекция при фототерапии УФБ лучами (308 нм) эксимерным лазером: автореф. дисс. д-ра мед. наук. – М., 2006.
4. W. H. Boehncke. Modern therapy of psoriasis : evidence-based, patient-centered, goal-oriented /Klinik fur Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Klinikum der Goethe Universität, Frankfurt am Main, DeutschlandHautarzt 63:589-94; quiz 595-6. 2012.
5. Довжанский С.И. Генетические и иммунные факторы в патогенезе псориаза / С.И.Довжанский, И.Я.Пинсон // Рос.журн.кожн.и венер.болезней. – 2006. – №1.
6. Корсунская, И.М. Новое в патогенетической терапии псориаза /И.М. Корсунская, М.М.Резникова, Л.Т.Тогоева [и др.]. // Докт.Р.у. – 2005. – №3. – С. 20.
7. Christophers K. Psoriasis – epidemiology and clinical spectrum// Clin. Exp. Dermatol. – 2001; 26: 314–20.
8. Menter A., Smith C., Barker J. Psoriasis. – Oxford. Health Press 2004; 104.
9. Лыкова, С.Г. Некоторые аспекты взаимосвязи псориаза и метаболического синдрома / С.Г. Лыкова, О.Б.Немчанинова, О.С.Петренко// Росс. журнал кожн. и вен. болезней. – 2003. – № 4. – С.34-36.
10. Адаскевич В.П. Индекс качества жизни в дерматологических исследованиях /В.П. Адаскевич, В.П.Дуброва, А.В.Пуртов //Рос. журн. кож. и вен. бол. – 2003. – №4. – С.42-45.
11. Довжанский, С.И. Качество жизни – показатель состояния больных хроническими дерматозами // Вестн. дерматол. – 2001. – № 3. – С.12-13.
12. Кулагин, В.И. Особенности течения атопического дерматита и псориаза у больных, страдающих психологическими нарушениями. Концепция и определение качества жизни больных в дерматовенерологии /В.И. Кулагин, О.В.Павлова // Вестн. дерматол. – 2007. – № 1. – С.16-19.
13. Вейн, А.М. Вегетативные расстройства. Клиника, диагностика, лечение. – М., 2005. – 740 с.
14. Михайлов, Б.В. Соматоформные расстройства // Medicus Amicus. – 2005. – № 6. – С. 5-6.
15. Великанова, Л.П. Психосоматические расстройства: современное состояние проблемы (часть 1) /Л.П. Великанова, Ю.С.Шевченко// Соц. и клин. психиатр. – 2006. – Т. 15, № 4. – С. 79-91.
16. Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M. et al. An inventory for measuring depression// Arch. Gen. Psychiatry.– 1961.–Vol. 4.– P.561-571.
17. Finlay A.Y., Khan G.K. Dermatology Life Quality Index (DLQI) – a simple practical measure for routine clinical use // Clin. Exp. Dermatol. – 1994. – Vol. 19. – P. 210-216.

УДК 617-089.844

© Р.Б. Мумладзе, Г.М. Чеченин, С.С. Лебедев, Ю.В. Баринов,  
И.Ю. Коржева, Г.Г. Мелконян, М.Ю. Олимпиев, А.А. Серёгин, Ю.А. Козлова, 2013

Р.Б. Мумладзе<sup>1</sup>, Г.М. Чеченин<sup>1</sup>, С.С. Лебедев<sup>1</sup>, Ю.В. Баринов<sup>1</sup>,  
И.Ю. Коржева<sup>1,2</sup>, Г.Г. Мелконян<sup>1,2</sup>, М.Ю. Олимпиев<sup>1</sup>, А.А. Серегин<sup>1</sup>, Ю.А. Козлова<sup>2</sup>  
**СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ СТЕНТИРОВАНИЯ ПИЩЕВОДА  
И ФОРМИРОВАНИЯ ГАСТРОСТОМЫ ЛАПАРОТОМНЫМ МЕТОДОМ  
У БОЛЬНЫХ С ДИСФАГИЕЙ, ВЫЗВАННОЙ НЕОПЕРАБЕЛЬНЫМ  
ОПУХОЛЕВЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ПИЩЕВОДА**

<sup>1</sup>ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования»  
Минздрава России, г. Москва

<sup>2</sup>Городская клиническая больница им. С.П. Боткина, г. Москва

Задачей исследования являлась оценка влияния стентирования пищевода на качество жизни пациентов с неоперабельным раком пищевода в сравнении с гастростомией.

В статье проанализирован опыт лечения 142 пациентов с неоперабельным раком пищевода, 94-м выполнено стентирование пищевода и 48 пациентам сформирована гастростома на базе ГКБ им. С.П. Боткина (г. Москва) в период с 01.01.2007 по 31.12.2012.

Проведено сравнение по показателям средней послеоперационной выживаемости – 151,2 дня у стентированных больных и 72 дня у больных после гастростомии, количеству осложнений - 8 (8,5%) у стентированных больных и 15(31,3%) у больных после гастростомии, количеству летальных исходов – 10 (9,4%) у стентированных больных и 12 (25%) у пациентов после гастростомии.

Выводы: стентирование пищевода значительно повышает качество жизни больных неоперабельным раком пищевода.

**Ключевые слова:** рак пищевода, Нитинол, пищеводный стент, гастростома, дисфагия.

R.B. Mumladze, G.M. Chechenin, S.S. Lebedev, Yu.V. Barinov,  
I.Yu. Korzheva, G.G. Melkonyan, M.Yu. Olimpiev, A.A. Seregina, Yu.A. Kozlova  
**COMPARISON OF ESOPHAGEAL STENTING AND GASTROSTOMY IN PATIENTS  
WITH DYSPHAGIA CAUSED BY UNRESECTABLE ESOPHAGEAL CANCER**

Objective: to evaluate the effect/results of esophageal stenting on quality of life in patients with unresectable esophageal cancer in comparison with gastrostomy.

The results of treatment of 142 patients with unresectable esophageal cancer, treated at Botkin memorial hospital, Moscow, Russia between 01.01.2007 and 31.12.2012, have been analyzed. 94 (66%) of them underwent stenting and the remaining 48 underwent gastrostomy.