

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ С ВКЛЮЧЕНИЕМ АНКСИОЛИТИКА БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ С ОТЯГОЩЕННЫМ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМ АНАМНЕЗОМ

О.Н. Позднякова, Т.А. Еремина, А.Э. Котлярова, А.С. Попова

*ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет»
Минздравсоцразвития России (г. Новосибирск)*

Включение анксиолитического препарата в комплексное лечение хронических дерматозов, сопровождающихся развитием нозогенных реакций, повышает его эффективность и благоприятно сказывается на течении заболеваний.

Ключевые слова: хронические дерматозы, психические и соматические проявления тревоги, динамика патологического процесса, «Грандаксин».

Позднякова Ольга Николаевна — доктор медицинских наук, профессор кафедры дерматовенерологии и косметологии, ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», рабочий телефон: 8 (383) 363-06-60

Ерёмина Татьяна Александровна — врач-дерматовенеролог, очный аспирант кафедры дерматовенерологии и косметологии ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», e-mail: taty-a-eremi@yandex.ru

Котлярова Анна Эдуардовна — врач-дерматовенеролог, заочный аспирант кафедры дерматовенерологии и косметологии ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», e-mail: Lovely-86@mail.ru

Попова Анна Сергеевна — клинический ординатор кафедры амбулаторной хирургической стоматологии и имплантологии ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», контактный телефон: 8 (383) 363-06-60

Актуальность исследования. Кожа и центральная нервная система (ЦНС) имеют тесную эмбриологическую связь: эпидермис так же, как и нервная пластинка, развивается из зародышевой эктодермы, а клетки Меркеля и меланоциты происходят от нервного гребешка [1]. Результатом этого является то, что кожа и ЦНС совместно используют различные нейромедиаторы, гормоны и рецепторы. Например,

нейропептиды, присутствующие в коже, играют роль нейромедиаторов, их синтез коллатеральными ветвями сенсорных нервов лежит в основе нейрогенного воспаления [2].

Большинство кожных заболеваний, имеющих в основе своего развития генетическую и иммунологическую основы, такие, как псориаз, атопический дерматит, истинная идиопатическая экзема, нейродермит и др., традиционно относятся к психосоматическим: психогенные воздействия выступают в качестве одного из звеньев их этиопатогенеза, поэтому закономерности их течения в значительной части случаев сопряжены с психической травматизацией [3]. При этом у больных хроническими рецидивирующими дерматозами развиваются нозогенные реакции, аггравирующие течение болезни. Наиболее часто возникают изменения эмоционального статуса — тревога, напряжение, страх.

Развивающиеся реакции психики объясняются тем, что с одной стороны ЦНС модифицирует восприятие периферических ощущений, сопровождающих кожные заболевания, с другой стороны неизбежные ограничения, связанные с болезнью, вызывают стресс. Вследствие косметических изменений формируется социофобия — больной боится унижения или собственного смущения в присутствии посторонних людей. Формируется скрытая тревожность — общее беспокойство, расстройство сна, повышение утомляемости и расстройство адаптации. При этом кожная симптоматика и провоцируемые ей психогении сами по себе обладают психотравмирующим воздействием, запуская прогрессивное торпидное течение дерматозов с образованием новых волн обострения «внутри» рецидива и приводя к формированию «порочного круга» в его течении [4].

Следовательно, чтобы успешно лечить любой хронический рецидивирующий или персистирующий дерматоз, важно понимать психологическое состояние больного — его переживания, в том числе относительно заболевания, отношения с окружающими людьми и др. Эмоциональное и психическое состояния больного непосредственно влияют на течение хронической кожной патологии, так как страдания, возникающие вследствие косметического дефекта и субъективных ощущений (зуд, жжение, боли и т.д.), часто доводит до того, что некоторые пациенты попадают в настоящую зависимость от болезни, что сопровождается подавленным настроением, нарушением сна, раздражением и др. [5].

Таким образом, тревожные расстройства часто сопутствуют течению хронических рецидивирующих дерматозов, поэтому для их успешной терапии необходимо назначение средств центрального действия.

Цель исследования: определить клиническую эффективность и безопасность анксиолитика «Грандаксин» в комплексной терапии хронических дерматозов.

Дизайн исследования: открытое, не сравнительное.

Критерии включения в клиническую группу: наличие симптомов тревоги и тревожные состояния у пациентов с хроническими дерматозами.

Критерии исключения: возраст до 18 лет, беременность, период лактации, тяжелые формы депрессии, длительный прием транквилизаторов группы бензодиазепина менее чем за месяц до начала комплексной терапии с включением препарата «Грандаксин».

Материалы и методы исследования. Клиническая группа была представлена 40 пациентами (29 женщин и 11 мужчин) с хроническими дерматозами, возраст которых

варьировал от 19 до 67 лет (средний возраст $35 \pm 0,4$ года). У шестерых из них при комплексном обследовании, включающем ИФА на целиакию, был выявлен синдром нарушенного всасывания. Все они для исключения очагов хронической инфекции были проконсультированы врачами узких специальностей, в том числе стоматологом. В клиническую группу включались пациенты с хроническими дерматозами, сопровождающимися субъективными ощущениями и (или) косметическими дефектами с наличием симптомов тревоги или тревожным состоянием, которые определились по шкале Гамильтона (от восьми баллов и выше). Кроме традиционной терапии (десенсибилизирующие, антигистаминные, сосудистые, топические противовоспалительные и другие средства) они получали «Грандаксин» — дневной транквилизатор, атипичное производное бензодиазепина, оказывающий анксиолитическое действие, не сопровождающееся седативным, миорелаксирующим и противосудорожным эффектами. Препарат является психовегетативным регулятором, устраняет различные формы вегетативных нарушений. Его применение не вызывает физической, психической зависимости и синдрома отмены. «Грандаксин» применялся внутрь по 50 мг 2 раза в день (100 мг в сутки) утром и в обед в течение шести недель. Динамика течения патологического процесса оценивалась через 2, 4, 6 недель. Кроме изучения анамнеза и дерматологического обследования проводилась оценка уровня тревожности по шкале Гамильтона. Учитывались жалобы, характер клинической картины, психические проявления тревоги, переносимость анксиолитика «Грандаксин» и мнение пациентов о действии препарата.

Результаты исследования. Эффективность лечения исследуемых больных с хроническими дерматозами оценивалась по клинической динамике патологического процесса: выраженность субъективных ощущений (зуд, жжение, болезненность, сухость кожи и др.), распространенность дерматозов, наличие или отсутствие появления свежих высыпаний, их регресс, восстановление структуры эпидермиса.

Через 2 недели комплексной терапии, включающей анксиолитик «Грандаксин», значительное улучшение в течении дерматоза наблюдалось у шести пациентов с атопическим дерматитом, семи с псориазом, 10-ти с истинной идиопатической экземой и шести с кожным зудом; улучшение у двух пациентов с атопическим дерматитом, пяти с псориазом, четырех с экземой. Таким образом, через две недели терапии значительное улучшение наблюдалось у 29-ти (79,5 %), а улучшение у 11-ти (27,5 %) больных клинической группы. Больным с атопическим дерматитом, псориазом, истинной идиопатической экземой с учетом положительной динамики в течении дерматоза была проведена коррекция системной и топической терапии, пациентам с кожным зудом системная терапия была отменена, наружно рекомендованы космецевтики. Лечение «Грандаксином» было продолжено всем 40 больным клинической группы.

Через 4 недели клиническое выздоровление (ремиссия) наблюдалось у пяти пациентов с атопическим дерматитом, шести с псориазом, восьми с экземой, шести с кожным зудом; значительное улучшение у трех пациентов с атопическим дерматитом, шести с псориазом, шести с экземой. Таким образом, через 4 недели терапии клиническое выздоровление (ремиссия) было достигнуто у 25-ти (62,5 %), а значительное улучшение у 15-ти (37,5 %) пациентов клинической группы. Наиболее значительный клинический эффект наблюдался у пациентов с кожным зудом: выздоровление у всех шести (100 %) больных. 19-ти пациентам с атопическим дерматитом, псориазом и экземой в стадии клинической ремиссии системная терапия, кроме «Грандаксина», была отменена, даны рекомендации по диете и уходу за кожей, 15-ти была проведена коррекция общего и наружного лечения и продолжен прием «Грандаксина», так же, как и шести выздоровевшим больным с кожным зудом.

Через 6 недель клиническое выздоровление наблюдалось у семи пациентов с атопическим дерматитом, 10-ти — с псориазом, 12-ти с истинной идиопатической экземой, шести с кожным зудом; значительное улучшение у одного с атопическим дерматитом (незначительная инфильтрация и сухость кожи в очагах поражения, сопровождающиеся периодически возникающим легким зудом, не снижающим качество жизни пациентки), у двух с псориазом (дежурные бляшки на локтевых и (или) коленных суставах без субъективных ощущений со стороны пораженной кожи), у двух с экземой (у одного пациента — сухость, умеренный гиперкератоз ладонных поверхностей, у второго — легкий эритематоз и незначительное шелушение бывших очагов поражения). Таким образом, через 6 недель комплексной терапии больных хроническими дерматозами, включающей анксиолитик «Грандаксин», выздоровление (ремиссия) наблюдалась у 35-ти (87,5 %), а остаточные явления кожного процесса у пяти (12,5 %) больных клинической группы.

При повторных тестированиях, проведенных через 2, 4 и 6 недель комплексной терапии, включающей анксиолитик «Грандаксин», пациенты хроническими дерматозами не видели результаты предыдущих оценок тревоги. Оценивался суммарный результат тестирования (среднее значение показателя в баллах), отражающий психические и соматические проявления тревоги у пациентов с атопическим дерматитом, псориазом, экземой и кожным зудом. Различия между средними оценивались с помощью *t*-критерия Стьюдента для связанных выборок. Анализ полученных результатов показал, что терапия «Грандаксином» в суточной дозе 100 мг на протяжении шести недель достоверно снизила уровень тревоги у клинической группы пациентов с хроническими дерматозами, повысив эффективность комплексной терапии.

Переносимость «Грандаксина» как «хорошую» отметили 10 (25 %), как «очень хорошую» 18 (45 %), как «отличную» 12 (30 %) пациентов.

Динамическое наблюдение пациентов клинической группы, проведенное в течение трех месяцев после окончания лечения, показало, что рецидив заболевания развился у трех (7,5 %) пациентов: у двух с экссудативным псориазом и одного с атопическим дерматитом.

Выводы

1. Анксиолитическое действие «Грандаксина» наблюдается уже на 2-й неделе от начала лечения, достигая максимального эффекта к концу 4–6-ти недель.
2. Положительная коррекция «Грандаксином» психосоматического состояния пациентов с хроническими дерматозами благоприятно влияет на течение обострения заболевания, способствует развитию клинического выздоровления (ремиссии) и уменьшает вероятность развития рецидивов кожных проявлений.
3. Препарат «Грандаксин» является эффективным и безопасным анксиолитиком и может быть рекомендован для широкого применения у больных с хроническими дерматозами при наличии у них симптомов тревоги или тревожного состояния.

Список литературы

1. Машак А. Н. Анатомия центральной нервной системы и её проводящие пути : учебное пособие / А. Н. Машак, Г. В. Томчик, Е. Н. Аронов, М. Ю. Мордвинов. — 2-е изд. — 2001. — 100 с.
2. Мяделец О. Д. Функциональная морфология и общая патология кожи / О. Д. Мяделец, В. П. Адашкевич. — Витебск : Изд-во Витебского медицинского института, 1997. — 269 с.

3. Бакулев А. Л. Неинфекционные дерматозы : учебное пособие / А. Л. Бакулев, Н. А. Слесаренко, С. С. Кравченя. — 2009. — С. 137.
4. Красносельских Т. В. Кожный зуд, акне, урогенитальная хламидийная инфекция / Т. В. Красносельских, Е. А. Аравийская, К. Н. Монахов, Е. В. Соколовский. — 1998. — 148 с.
5. Глазкова Л. К. Нозогении в дерматологической практике : пути коррекции / Л. К. Глазкова, Н. В. Волкова // Клиническая дерматология и венерология. — 2011. — № 4.

EFFICIENCY OF THERAPY WITH ANXIOLYTIC AT PATIENTS WITH CHRONIC DERMATOSES WITH LOAD PSYCHOSOMATIC ANAMNESIS

O.N. Pozdnyakova, T.A. Eremina, A.E. Kotlyarova, A.S. Popova

SEI HPE «Novosibirsk State Medical University Minhealthsocdevelopment» (Novosibirsk c.)

Including the anxiolytic preparation in complex treatment of chronic dermatoses, accompanied with development of nosogenic reactions, raises its efficiency and favorably influences on progress of diseases.

Keywords: chronic dermatoses, mental and somatic presentation of physic tension, dynamics of pathological process, «Grandaxinum».

About authors:

Pozdnyakova Olga Nikolaevna — doctor of medical sciences, the professor of dermatovenerology and cosmetology chair at SEI HPE «Novosibirsk State Medical University Minhealthsocdevelopment», office phone: 8(383) 363-06-60

Eremina Tatyana Aleksandrovna — dermatovenerologist, PG student of dermatovenerology and cosmetology chair at SEI HPE «Novosibirsk State Medical University Minhealthsocdevelopment», e-mail: tatya-eremi@yandex.ru

Kotlyarova Anna Eduardovna — dermatovenerologist, correspondence PG student of dermatovenerology and cosmetology chair at SEI HPE «Novosibirsk State Medical University Minhealthsocdevelopment», e-mail: Lovely-86@mail.ru

Popova Anna Sergeevna — clinical intern of ambulatory surgical stomatology and implantology chair at SEI HPE «Novosibirsk State Medical University Minhealthsocdevelopment», contact phone: 8(383) 363-06-60

List of the Literature:

1. Mashak A. N. Anatomy of the central nervous system and its spending ways: manual / A. N. Mashak, G. V. Tomchik, E. N. Aronov, M. Y. Mordvinov. — 2 ed. — 2001. — 100 P.

2. Myadelets O. D. Functional morphology and general pathology of skin / O. D. Myadelets, V. P. Adaskevich. — Vitebsk: Publishing house of Vitebsk medical institute, 1997. — 269 P.
3. Bakulev A. L. Noninfectious dermatosis: manual / A. L. Bakulev, N. A. Slesarenko, S. S. Kravchenya. — 2009. — P. 137.
4. Krasnoselskykh T. V. Skin itch, acne, urogenital chlamydial infection / T. V. Krasnoselskykh, E. A. Araviysky, K. N. Monakhov, E. V. Sokolovsky. — 1998. — 148 P.
5. Glazkova L. K. Nosogenia in dermatological practice: correction ways / L. K. Glazkova, N. V. Volkova // Clinical Dermatology and venereology. — 2011. — № 4.