

14. European S3 — Guidelines on the systemic treatment of psoriasis vulgaris / D. Pathirana [et al.] // JEADV. 2009. Vol. 23 (suppl. 2). P. 5–70.

Translit

1. John Berth-Jones. Psoriasis // *Medicine*. 2013. Vol. 46, № 6. P. 334–340.

2. Kubanova A.A., Katunina O.R. Immunomorfologija i morfogenez ochagov porazhennoj kozhi pri psoriaze // *Vestn. dermatol.* 2010. № 1. S. 70–79.

3. Immunopathogenesis of psoriasis / R. Sabat, S. Philipp [et al.] // *Experimental Dermatology*. 2007. Vol. 16, № 10. R. 779–798.

4. Hamaganova I.V., Shekrota A.G., Nikiforova G.D., Kolibri-na A.M. Primenenie gastrointestinalnyh preparatov v kompleksnoj terapii psoriaza // *Ros. med. zhurn.* 2005. № 5. S. 240.

5. Gudzhonson Dzh., Jelder Dzh. Psoriaz // *Dermatologija Ficpatrika v klinicheskoj praktike: v 3 t. M., 2012. T. 1. S. 180–207.*

6. Review of treatment options for psoriasis in pregnant or lactating women: From the Medical Board of the National Psoriasis Foundation / Yoon-Soo Cindy Bae, Abby S. Van Voorhess, Sylvia Hsu [et al.] // *J. Am. Acad. Dermatol.* 2012. № 67. P. 459–477.

7. Yogeeta Agrawal, Kailash C. Petkar, Krutika K. Sawant. Development, evaluation and clinical studies of Acitretin loaded nanostructured lipid carriers for topical treatment of psoriasis // *International Journal of Pharmaceutics*. 2010. № 401. R. 93–102.

8. Bahner J.D., Cao L.Y., Korman N.J. Biologics in the management of psoriasis // *Clin. Cosmet. Investig. Dermatol.* 2009. № 2. P. 111–128.

9. Valgust A., Kujenzli S. Retinoidy // *Dermatologija Ficpatrika v klinicheskoj praktike: v 3 t. M., 2013. T. 3. S. 2379–2384.*

10. Kang S., Vurges Dzh. Mestnye retinoidy. // *Dermatologija Ficpatrika v klinicheskoj praktike: v 3 t. M., 2013. T. 3. S. 2296–2303.*

11. Ann L. Marqueling, Kelly M. Cordoro. Systemic Treatments for Severe Pediatric Psoriasis // *Dermatol. Clin.* 2013. № 3. R. 267–288.

12. Kai Li, April W. Armstrong. A Review of Health Outcomes in Patients with Psoriasis // *Dermatol. Clin.* 2012. № 30. P. 61–72.

13. Zsuzsanna Bata-Csorgo, Marta Szell. The psoriatic keratinocytes // *Expert Rev. Dermatol.* 2012. Vol. 7, № 5. P. 473–481.

14. European S3 — Guidelines on the systemic treatment of psoriasis vulgaris / D. Pathirana [et al.] // JEADV. 2009. Vol. 23 (suppl. 2). P. 5–70.

УДК 616.517: [616.98:578.828.6–06:616.517] -08:612.821:612.019 (045)

Оригинальная статья

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТНОГО ПРОФИЛЯ БОЛЬНЫХ С ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫМ ПСОРИАЗОМ

А.В. Моррисон — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра кожных и венерических болезней, доцент, кандидат медицинских наук; **С. Р. Утц** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, заведующий кафедрой кожных и венерических болезней, профессор, доктор медицинских наук; **А.В. Давыдова** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра кожных и венерических болезней, аспирант; **В.Б. Гришина** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра кожных и венерических болезней, студентка 6 курса; **А.Н. Платонова** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра кожных и венерических болезней, ассистент, кандидат медицинских наук; **Ю.М. Штода** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра кожных и венерических болезней, аспирант.

THE CHARACTERISTICS OF PERSONALITY PROFILE OF PATIENTS WITH HIV-ASSOCIATED PSORIASIS

A. V. Morrison — Saratov State Medical University, Department of Skin and Venereal Diseases, Docent, Candidate of Medical Science; **S. R. Utz** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Skin and Venereal Diseases, Professor, Doctor of Medical Science; **A. V. Davydova** — Saratov State Medical University, Department of Skin and Venereal Diseases, Post-graduate; **V. B. Grishina** — Saratov State Medical University, Department of Skin and Venereal Diseases, 6th year student; **A. N. Platonova** — Saratov State Medical University, Department of Skin and Venereal Diseases, Assistant of Professor, Candidate of Medical Science; **U. M. Shtoda** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Skin and Venereal Diseases, Post-graduate.

Дата поступления — 14.09.2013 г.

Дата принятий в печать — 17.10.2013 г.

Моррисон А.В., Утц С.Р., Давыдова А.В., Гришина В.Б., Платонова А.Н., Штода Ю.М. Особенности личностного профиля больных с ВИЧ-ассоциированным псориазом // *Саратовский научно-медицинский журнал*. 2013. Т. 9, № 3. С. 552–556.

Цель: охарактеризовать личностный профиль, провести сравнительную оценку психосоматических изменений больных псориазом и больных с ВИЧ-ассоциированным псориазом. **Материал и методы.** В исследовании участвовали 27 пациентов, находившиеся на стационарном лечении в ККБ СГМУ им. В.И. Разумовского в возрасте 18–65 лет с псориазом на фоне ВИЧ-инфекции, изолированным псориазом и коморбидными психическими расстройствами, а также пациенты без кожной патологии, составившие контрольную группу. Обследование всех пациентов проводили с помощью клинико-дерматологического метода, дополненного психометрическими методами (госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), шкала Гамильтона для оценки депрессии (HDRS)). **Результаты.** Анализ психологического статуса больных псориазом продемонстрировал высокую частоту у данных пациентов психических расстройств. **Заключение.** На фоне сопутствующей ВИЧ-инфекции психосоматические расстройства у пациентов с псориазом приобретают более тяжелую и развернутую симптоматику.

Ключевые слова: псориаз, ВИЧ-инфекция, тревожно-депрессивные расстройства.

Morrison A. V., Utz S. R., Davydova A. V., Grishina V. B., Platonova A. N., Shtoda U. M. The characteristics of personality profile of patients with HIV-associated psoriasis // *Saratov Journal of Medical Scientific Research*. 2013. Vol. 9, № 3. P. 552–556.

The goal: to give a characteristic of the personality profile, a comparative evaluation of psychosomatic changes in patients with psoriasis and HIV-associated psoriasis. **Materials and methods.** The study involved 27 patients aged

18–65 years with psoriasis and HIV-associated psoriasis, and isolated comorbid mental disorders and patients without skin disease, formed the control group. The survey in all patients was conducted with clinical-dermatological method, supplemented by psychometric methods (Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), the Hamilton Scale for Depression (HDRS)). *Results.* Analysis of the psychological status of patients with psoriasis demonstrated a high frequency of mental disorders in these patients.

Key words: psoriasis, HIV-infection, anxiety and depressive disorders.

Введение. Появившаяся в начале 1980-х годов ВИЧ-инфекция за небольшой период времени распространилась по всем странам и континентам и является самой разрушительной пандемией в истории человечества.

По информации Всемирной организации здравоохранения и данным объединенной Программы ООН по ВИЧ/СПИДу, в 2011 г. общее число людей, живущих с ВИЧ, составило 34,2 млн (31,8–35,9 млн.) человек, было зарегистрировано 2,5 млн (2,2–2,8 млн) новых случаев инфицирования ВИЧ, из них примерно 330 000 (280 000–380 000) среди детей, примерно 1,7 млн (1,6–1,9 млн) человек умерли от заболеваний, обусловленных СПИДом [1].

Практически каждый ВИЧ-инфицированный страдает тем или иным заболеванием кожи, что объясняется серьезным нарушением иммунного ответа. Упорный, тяжелый и рецидивирующий характер кожных заболеваний может быть показанием к обследованию на ВИЧ-инфекцию [2].

Псориаз у ВИЧ-инфицированных встречается с частотой до 6%, что в несколько раз превышает частоту встречаемости данного дерматоза в популяции [2, 3]. На фоне ВИЧ-инфекции псориаз протекает тяжело, с развитием генерализованных, пустулезных и эритродермических форм, очень быстрым прогрессированием псориатического артрита, протекающим с выраженными энтезопатиями, дактилитами и лимфоаденопатией. Также возможно формирование злокачественной формы артрита со значительным болевым синдромом, изнуряющей лихорадкой, потерей веса, атрофией мышц, выпадением волос, общим тяжелым состоянием больного. На поздних стадиях заболевания возможно появление признаков сердечной и почечной недостаточности, поражения глаз в виде иритов, иридоциклитов, энцефало- и полинейропатии [3, 4].

Предполагается, что ВИЧ-инфекция не выступает в качестве триггерного фактора при псориазе. По мере нарастания иммунодефицита течение псориаза становится все более тяжелым и упорным, однако стихает в терминальной фазе. При применении высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) течение псориаза улучшается. На фоне ВИЧ-инфекции снижается количество CD4+ лимфоцитов, и, одновременно, происходит повышение количества CD8+ хелперов, что обуславливает преобладание аутоиммунных заболеваний, связанных с Т-клетками CD8+ [5, 6].

Лечение псориаза на фоне ВИЧ-инфекции представляет сложную задачу, требующую тщательного рассмотрения потенциального риска и преимуществ того или иного вида терапии и строгого наблюдения в связи с повышенным риском развития побочных эффектов. При обычных формах псориаза на фоне ВИЧ-инфекции препаратами выбора являются топические стероиды и кальципотриол. По данным зарубежных авторов, при среднетяжелом и тяжелом течении псориаза успешно применяются физиотера-

певтические методы лечения, в частности ПУВА-терапия и UVB-терапия. Данные методы лечения хорошо переносятся больными, на фоне их применения наблюдается выраженное улучшение и, в некоторых случаях, разрешение патологического процесса. Помимо этого, не отмечается прогрессирования иммунодефицита [7].

Системные ретиноиды можно с успехом применять как препараты второго выбора при лечении ВИЧ-ассоциированного псориаза. Предпочтительно назначать довольно высокие дозы ацитретина (до 75 мг/сут). Что касается назначения циклоспорина и метотрексата, то в данном случае мнения авторов расходятся. Одни считают, что применения иммуносупрессивной и цитостатической терапии лучше избегать, в то время как другие наблюдали достаточно успешное применение циклоспорина с улучшением патологического процесса и отсутствием развития оппортунистических инфекций [8]. Что касается метотрексата, то его применение при ВИЧ-ассоциированном псориазе может привести к ряду осложнений, таких, как развитие лейкопении, пневмоцистной пневмонии и сепсиса. Биологическую терапию также следует назначать с осторожностью, так как возможно развитие туберкулеза, гепатита и лейкоэнцефалита [9, 10].

У пациентов с изолированным псориазом наблюдается высокая распространенность психических расстройств, обусловленных как непосредственным стрессогенным влиянием кожного заболевания на нервную систему (тяжелое хроническое течение, зуд, массивные высыпания), так и явлениями социальной тревоги, в связи с обезображивающими высыпаниями и страхом инвалидизации вследствие вовлечения в процесс суставов [11]. Так, по данным отечественных авторов [11, 12], при псориазе выявляются преимущественно депрессивные, социофобические, сенситивные реакции и ипохондрические состояния. При сочетании псориаза и ВИЧ-инфекции данные психические расстройства наслаиваются на уже имеющиеся у ВИЧ-инфицированных индивидуально-психологические особенности, к числу которых можно отнести тревожность, фрустрированность, неустойчивость эмоционального реагирования в трудных ситуациях [13].

Цель: охарактеризовать личностный профиль и провести сравнительную оценку психосоматических изменений у больных псориазом и у больных ВИЧ-ассоциированным псориазом.

Материал и методы. В исследовании участвовали пациенты, находившиеся на стационарном лечении в ККБ СГМУ им. В.И. Разумовского в возрасте 18–65 лет с псориазом на фоне ВИЧ-инфекции, изолированным псориазом и коморбидными психическими расстройствами, ассоциированными со стрессогенным воздействием хронического дерматоза, а также пациенты без кожной патологии, составившие контрольную группу. Всего приняли участие 27 человек. Основную группу составили 7 больных псориазом и ВИЧ-инфекцией, из них 2 (29%) женщины и 5 (71%) мужчин, средний возраст составил 39,6 (±2) года. У всех больных в исследуемой выборке был

Ответственный автор — Штода Юлия Максимовна
Адрес: г. Саратов, ул. Чапаева, 79, кв. 3.
Тел.: +79372668604
E-mail: sarderma@rambler.ru

диагностирован псориаз обыкновенный или экссудативный, сочетающийся с ВИЧ-инфекцией. Контрольную группу составили 10 человек без кожной патологии (первая контрольная группа) и 10 пациентов неВИЧ-инфицированных, страдающих вульгарным или экссудативным псориазом (вторая контрольная группа).

Критериями исключения являлись признаки манифестного психоза, органического поражения центральной нервной системы, тяжелой инвалидизирующей соматической патологии, зависимости от психоактивных веществ; сопутствующая психическая патология, не связанная с нозогенным влиянием псориаза.

Исследование психосоматического состояния всех пациентов проводили с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), шкалы Гамильтона для оценки депрессии (HDRS). Клиническое обследование пациентов с псориазом включало углубленное изучение анамнеза, жалоб и качества жизни с использованием опросника ДИКЖ (Дерматологический индекс качества жизни) для субъективной оценки тяжести состояния больного. Исследование кожного статуса проводили с использованием индекса PASI (Psoriasis Area & Severity Index), широко применяемого для оценки тяжести псориаза и проводимой терапии [5].

Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS разработана A. Zigmond и R. Snaitth в 1983 г. для оценки выраженности тревожно-депрессивной симптоматики в общей медицинской практике. С помощью данной шкалы проводится скрининговое выявление тревоги и депрессии в условиях соматического стационара и у амбулаторных больных. Шкала состоит из 14 утверждений, имеющих 2 подшкалы: Т (соответствует симптомам тревоги) и Д (соответствует симптомам депрессии). Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответов, отражающие градации выраженности признака и кодирующиеся по нарастанию тяжести симптома от 0 (отсутствии) до 3 (максимальная выраженность). При интерпретации результатов учитывается суммарный показатель по каждой подшкале, при этом выделяются три области его значений: 0–7 — норма (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии); 8–10 — субклинически выраженная депрессия или тревога; 11 и выше — клинически выраженная депрессия или тревога. Шкала Гамильтона для оценки депрессии (HDRS), состоящая из 21 пункта, заполняется при проведении клинического опроса. Суммарный балл определяется по первым 17 пунктам (9 из которых оцениваются по баллам от 0 до 4, а 8 — от 0 до 2). Четыре последних пункта шкалы Гамильтона (с 18-го по 21-й) используются для оценки дополнительных симптомов депрессии и определения подтипов депрессивного расстройства и не используются при определении степени выраженности депрессии. Суммарный балл первых 17 пунктов: 0–7 — норма; 8–13 — легкое депрессивное расстройство; 14–18 — депрессивное расстройство средней степени тяжести; 19–22 — депрессивное расстройство тяжелой степени; более 23 — депрессивное расстройство крайне тяжелой степени.

Статистический анализ полученных данных проводился с помощью персональной ЭВМ.

Результаты. У больных псориазом преобладали депрессивные или тревожно-фобические синдромы, которые были диагностированы у всех пациентов основной группы и у 8 человек (80%) из второй

контрольной группы. Психосоматические расстройства (депрессивные, сенситивные и ипохондрические) наблюдались у всех больных основной группы и у 9 пациентов (90%) из второй контрольной группы, а также у 1 человека (10%) из первой контрольной группы. Патологические развития личности (ипохондрические и экспансивные) диагностированы у всех пациентов основной группы и у 4 пациентов (40%) второй контрольной группы. Прямой корреляции между тяжестью и распространенностью псориаза и степенью нарушения психоэмоционального статуса не выявлено. Обнаружено, что женщины более подвержены депрессии и показатели психосоматических расстройств у них выше, чем у мужчин, у которых преобладает тревожный синдром. Все пациенты в той или иной степени оценивали качество жизни как низкое, причем присутствуют достоверные гендерные различия: женщины оценивают качество жизни ниже, чем мужчины [11].

У всех пациентов основной группы с ВИЧ-ассоциированным псориазом в 100% случаев наблюдалось развитие депрессивных и тревожно-фобических синдромов, психосоматических (депрессивных, сенситивных, ипохондрических) расстройств, ипохондрических и экспансивных расстройств, что является статистически достоверным ($p < 0,05$).

У пациентов без кожной патологии (первая контрольная группа) развитие психосоматических расстройств наблюдалось в одном случае (10%). При этом различие с основной группой достоверно ($p < 0,05$).

У пациентов с изолированным псориазом (вторая контрольная группа) отмечались значимые ($p < 0,05$) развития депрессивных или тревожно-фобических синдромов в 80% случаев и психосоматических расстройств в 90% (достоверного различия с основной группой не выявлено, $p > 0,05$). В то же время выявлены существенные различия с показателями первой контрольной группы ($p < 0,05$).

Развитие ипохондрических и экспансивных расстройств у пациентов второй контрольной группы наблюдалось в 40% случаев (различие данных показателей с показателями основной группы статистически достоверно, $p < 0,05$).

В подтверждение и для иллюстрации изложенного необходимо привести клинический случай, демонстрирующий особенности течения псориаза на фоне ВИЧ-инфекции.

Пациент 44 лет поступил в клинику кожных и венерических болезней СГМУ им. В.И. Разумовского 27.09.12 с жалобами на появление обильных, зудящих, шелушащихся высыпаний по всему кожному покрову, преимущественно на волосистой части головы, туловище и разгибательных поверхностях конечностей; деформацию, крошение, пожелтение ногтей; боль, скованность и отечность в симметричных суставах: коленных, голеностопных, плюснефаланговых и межфаланговых суставах стоп, межфаланговых суставах кистей. Из анамнеза известно: ВИЧ-инфекция с 2010 г., обнаружена при скрининговом осмотре. Псориазом болен с мая 2012 г., когда впервые появились дистрофические изменения ногтей пластинок кистей и стоп. В июне 2012 г. присоединились сильные боли, отечность, покраснение, повышение местной температуры, жжение в плюснефаланговых и межфаланговых суставах стоп, межфаланговых суставах кистей, затем в процесс стали вовлекаться голеностопные и коленные суставы. В июле 2012 г. на голених, животе появились единичные зудящие,

шелушающиеся высыпания, которые увеличивались в размерах и сливались с вновь возникающими. В августе 2012 года процесс распространился на весь кожный покров, с преимущественным поражением туловища и разгибательных поверхностей конечностей, появились обильные высыпания на волосистой части головы, деформации межфаланговых суставов стоп. Лечился в ОКВД с 6.09.12 по 24.09.12 с диагнозом: «Псориаз, диссеминированный, папулезно-бляшечный, внесезонный, фаза прогрессирования, себопсориаз, экссудативный, тяжелая стадия, ониходистрофия. PASI-40,0. Псориазический полиартрит. В-20». Получал гипосенсибилизирующие препараты (тиосульфат натрия, глюконат кальция), антигистаминные (димедрол), дезинтоксикационные (реамберин, карболен), гепатопротекторы (эссливер), седативные (валериана), местно: гидрокортизон. Без улучшения. 27.09.12 поступил в клинику кожных и венерических болезней СГМУ им. В.И. Разумовского для коррекции терапии. При осмотре выявлено: поражение кожи имеет диссеминированный характер, с преимущественной локализацией на волосистой части головы, туловище, конечностях, занимающая около 40% кожного покрова. Очаги представлены папулами и бляшками розового цвета, покрытыми корками и серебристо-белыми чешуйками с ярким венчиком эритемы по периферии, свободным от шелушения, имеются эскориации. Псориазические феномены (стеаринового пятна, терминальной пленки, точечного кровотечения) положительные. Отмечается болезненность при пальпации и движении, отечность в симметричных суставах: коленных, голеностопных, плюснефаланговых и межфаланговых суставах стоп, межфаланговых суставах кистей, деформация межфаланговых суставов стоп. Ногтевые пластинки кистей и стоп желтые, разрушены по свободному краю, изменены по типу наперстка. Отмечается выраженный зуд, жжение, стягивание кожи. PASI 40, 0. При осмотре также выявлен незначительный отек и гиперемия красной каймы губ с образованием трещин и поверхностно расположенных чешуек, поражение слизистой щек, десен, твердого и мягкого неба в виде очагов гиперемии ярко-красного цвета с белым «творожистым» рыхлым налетом, который легко снимается шпателем, обнажая болезненные эрозии ярко-красного цвета с мелкофестончатыми очертаниями; яркая гиперемия и сухость слизистой оболочки языка с наслоением белых островчатых пленочек. Произведена оценка психического статуса, результаты: по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS), субклинически выраженная тревога, клинически выраженная депрессия; по шкале депрессии Гамильтона (HDRS), легкое депрессивное расстройство; по ДИКЖ = 23 балла (из 30).

Обсуждение. Данный клинический случай наглядно показывает тяжелое течение псориаза на фоне ВИЧ-инфекции, с развитием генерализованной формы, быстрым прогрессированием и злокачественным течением псориазического артрита с выраженным полиартралгиями, деформациями суставов, изменением психического статуса в виде легкого депрессивного расстройства, субклинически выраженной тревоги, снижения ДИКЖ, плохим ответом на стандартную терапию.

Заключение. Анализ психологического статуса больных псориазом продемонстрировал высокую частоту у данных пациентов психических расстройств. Так, у всех больных с сочетанием псориаза и ВИЧ-инфекции и у большинства неВИЧ-инфицированных

больных с псориазом прослеживается патологическое развитие личности и наблюдается склонность к депрессивно-тревожным состояниям и психосоматическим реакциям. Проведенное исследование четко определило коморбидность дерматологической патологии с нарушением психоэмоционального статуса, обусловленным как непосредственным изматывающим влиянием кожного заболевания на нервную систему, так и выраженным косметическим дефектом, страхом инвалидизации, ограничениями, налагаемыми на качество жизни. При этом при возникновении кожной патологии на фоне существующей ВИЧ-инфекции отмечается более тяжелая и развращающая симптоматика психических расстройств.

Конфликт интересов отсутствует.

Библиографический список

1. Информационная бюллетень ЮНЭЙДС. 2012.
2. Вульф К., Джонсон Р., Сюрмонд Д. Дерматология по Томасу Фицпатрику: атлас-справочник. М.: Практика, 2007.
3. Morar N., Willis-Owen S. A., Maurer T., Bunker C. B. HIV-associated psoriasis: pathogenesis, clinical features, and management // *Lancet. Infect. Dis.* 2010. № 10. P. 470–476.
4. Morar N., Dlova N. C., Mosam A., Aboobaker J. Cutaneous manifestations of HIV in Kwa-Zulu Natal, South Africa // *Int. J. Dermatol.* 2006. № 45. P. 1006–1007.
5. Gudjonsson J. E., Elder J. T. Psoriasis // *Emery and Rimoin's Principles and Practice of Medical Genetics (Sixth Edition)*. Chapter 150. 2013. P. 1–22.
6. De Socio V. L., Simonetti S., Stagni G. Clinical Improvement of Psoriasis in an AIDS Patient Effectively Treated with Combination Antiretroviral Therapy // *Scand. J. Infect. Dis.* 2006. Vol. 38. № 1. P. 74–75.
7. Psoriasis in patients with HIV infection: From the Medical Board of the National Psoriasis Foundation / K. Menon, A. S. Van Voorhees, B. F. Bebo [et al.] // *J. Am. Acad. Dermatol.* 2010. Vol. 62. № 2. P. 291–299.
8. Maurer T., Michelletti R. Global HIV and dermatology // *Sandex's HIV/AIDS Medicine (Second Edition)*. Chapter 17. 2012. P. 219–235.
9. Mikhail M., Weinberg J. M., Smith B. L. Successful treatment with etanercept of von Zumbusch pustular psoriasis in a patient with human immunodeficiency virus // *Arch. Dermatol.* 2008. Vol. 144. № 4. С. 453–456.
10. Ting P. T., Koo J. Y. Use of etanercept in human immunodeficiency virus (HIV) and acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) patients // *Int. J. Dermatol.* 2006. № 45. P. 689–692.
11. Дороженко И. Ю., Пушкарев Д. Ф. Психические расстройства, обусловленные стрессогенным влиянием псориаза // *Психические расстройства в общей медицине.* 2010. № 3. С. 16–20.
12. Дороженко И. Ю. Психодерматология (психосоматические аспекты хронических дерматозов) // *Психические расстройства в общей медицине.* 2008. № 1. С. 41–47.
13. Ланга Артур Паулино. Индивидуально-психологические особенности ВИЧ-инфицированных: дис. ... канд. психол. наук. Ростов н/Д, 2006. 216 с.

Translit

1. Informacionnaja bjulleten» JuNJeJDS. 2012.
2. Vulʼf K., Dzhonson R., Sjurmond D. Dermatologija po Tomasu Ficpatriku: atlas-spravochnik. M.: Praktika, 2007.
3. Morar N., Willis-Owen S. A., Maurer T., Bunker C. B. HIV-associated psoriasis: pathogenesis, clinical features, and management // *Lancet. Infect. Dis.* 2010. № 10. R. 470–476.
4. Morar N., Dlova N. C., Mosam A., Aboobaker J. Cutaneous manifestations of HIV in Kwa-Zulu Natal, South Africa // *Int. J. Dermatol.* 2006. № 45. R. 1006–1007.
5. Gudjonsson J. E., Elder J. T. Psoriasis // *Emery and Rimoin's Principles and Practice of Medical Genetics (Sixth Edition)*. Chapter 150. 2013. P. 1–22.
6. De Socio V. L., Simonetti S., Stagni G. Clinical Improvement of Psoriasis in an AIDS Patient Effectively Treated with Combination Antiretroviral Therapy // *Scand. J. Infect. Dis.* 2006. Vol. 38. № 1. R. 74–75.

7. Psoriasis in patients with HIV infection: From the Medical Board of the National Psoriasis Foundation / K. Menon, A. S. Van Voorhees, B.F. Bebo [et al.] // *J. Am. Acad. Dermatol.* 2010. Vol. 62. № 2. R. 291–299.
8. Maurer T., Michelletti R. *Global HIV and dermatology // Sande's HIV/AIDS Medicine (Second Edition). Chapter 17.* 2012. P. 219–235.
9. Mikhail M., Weinberg J.M., Smith B.L. Successful treatment with etanercept of von Zumbusch pustular psoriasis in a patient with human immunodeficiency virus // *Arch. Dermatol.* 2008. Vol. 144. № 4. S. 453–456.
10. Ting P. T., Koo J.Y. Use of etanercept in human immunodeficiency virus (HIV) and acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) patients // *Int. J. Dermatol.* 2006. № 45. R. 689–692.
11. Dorozhenok I. Ju., Pushkarev D.F. Психические расстройства, обусловленные стрессогенным влиянием псориаза // *Психические расстройства в общей медицине.* 2010. № 3. S. 16–20.
12. Dorozhenok I. Ju. Психодерматология (психосоматические аспекты хронических дерматозов) // *Психические расстройства в общей медицине.* 2008. № 1. S. 41–47.
13. Langa Artur Paulino. Individualno-psihologicheskie osobennosti VICH-inficirovannyh: dis. ... kand. psihol. nauk. Rostov n/D, 2006. 216 s.

УДК 616.972:355.1 (470+571) «17/19»(091) (045)

Обзор

СИФИЛИС В РУССКОЙ АРМИИ (С XVIII ПО НАЧАЛО XX СТОЛЕТИЯ) (ОБЗОР)

А. И. Завьялов — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, кафедра кожных и венерических болезней, профессор, доктор медицинских наук; **С. Р. Утц** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, заведующий кафедрой кожных и венерических болезней, профессор, доктор медицинских наук; **А. В. Моррисон** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, доцент кафедры кожных и венерических болезней, кандидат медицинских наук; **А. Е. Гайдаров** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, студент.

SYPHILIS IN THE RUSSIAN ARMY (IN THE 18TH AND 20TH CENTURIES) (REVIEW)

A. I. Zavyalov — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of skin and venereal diseases, Professor, Doctor of Medical Science; **S. R. Utz** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of skin and venereal diseases, Professor, Doctor of Medical Science; **A. V. Morrison** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of skin and venereal diseases, Assistant Professor, Candidate of Medical Science; **A. E. Gajdarov** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Student.

Дата поступления — 04.04.2013 г.

Дата принятия в печать — 17.10.2013 г.

Завьялов А. И., Утц С. Р., Моррисон А. В., Гайдаров А. Е. Сифилис в Русской армии (с XVIII по начало XX столетия) (обзор) // *Саратовский научно-медицинский журнал.* 2013. Т. 9, № 3. С. 556–561.

Представлен обзор отечественной медицинской литературы, отражающий уровень заболеваемости сифилисом в России среди военнослужащих Русской армии и мирного населения в периоды военных конфликтов в XVIII — начале XX столетия. Показаны методы борьбы с венерическими заболеваниями и их профилактика в армии в условиях военного и мирного времени.

Ключевые слова: сифилис, эпидемиология, методы борьбы.

Zavyalov A. I., Utz S. R., Morrison A. V., Gajdarov A. E. Syphilis in the Russian army (in the 18 th and 20 th centuries) (review) // *Saratov Journal of Medical Scientific Research.* 2013. Vol. 9, № 3. P. 556–561.

The article presents an overview of the domestic medical literature, reflecting the incidence of syphilis in the Russian army and the Russian military civilians in times of conflict in the XVII — beginning of XX century. The methods of struggle with sexually transmitted diseases and their prevention in the military in wartime and peacetime are present.

Key words: syphilis, epidemiology, methods of struggle.

История военных конфликтов на территории России, особенно длительных, показывает, что они, как правило, сопровождаются ростом венерических болезней, как в армии, так и среди гражданского населения. Высокий уровень заболеваемости сифилисом среди военнослужащих Русской армии приводил к резкому снижению ее боеспособности.

Первое Положение о борьбе с венерическими болезнями в сухопутных войсках в России вышло в 1664 г., а затем появилась инструкция Петра I 1704 г., в которой указывалось, чтобы заболевших на военных кораблях немедленно свидетельствовали лекари и отсылали больных в госпитали.

В «Воинских артикулах» Петра I (1716) говорится о бесплатном лечении всех военнослужащих, кроме офицеров, которые себе наживают болезни фран-

цузские... за то с них брать плату, смотря по случаю и рангу» [1].

В 1718 г. Указом Петра I была организована полиция, которой вменялось в обязанности вести борьбу с бродячими и уклоняющимися от работы.

Важным этапом в борьбе с венерическими болезнями явился Указ Сената (1762), подготовленный на основании статистического отчета Петербургского генерального госпиталя, где более двух третей из 671 больного «страдают франц-венериею». Указ гласил об обязательном расспрашивании в военных госпиталях заболевших солдат об источниках их заражения.

Известный русский военный врач Андрей Гаврилович Бахерахт, будучи главным врачом корабельного флота в 1773–1779 гг., предложил наблюдать за армией при вступлении ее в свое государство из иностранных мест, чтобы солдаты, больные «французской болезнью», находились в лазаретах и не отпускались до излечения. С этой целью были открыты

Ответственный автор — Завьялов Аркадий Иванович
Адрес: 410028, г. Саратов, ул. Провиантская, 22
Тел.: (845-2) 22-38-14
E-mail: sarderma@rambler.ru