

7. Прудков М.И. Возможности операций из малых доступов и применяемый инструментарий // Эндоскопическая хирургия. – 2002. - № 3. – С. 48.
8. Слесаренко С.С. Вмешательства на холедохе при выполнении холецистэктомии методом открытой лапароскопии. // Эндоскопическая хирургия. – 2002. - № 3. – С. 67.
9. Таджибаев Ш.А. Сравнительная оценка результатов традиционной, минилапаротомной и лапароскопической холецистэктомии // Эндоскопическая хирургия. – 2001. - №1. – С. 25 – 27.
10. Филонов А.В. Место фиброхоледохоскопии в комплексной интраоперационной диагностике заболеваний желчных путей // Вестник хирургии. – 1987. - №6. – С.26-28.
11. Beglinger C. Treatment of choledocholithiasis / C. Beglinger // Ther. Umsch. - 1998. - Vol. 55. - № 2. - P. 116-9.
12. Csaky G. Video-choledochoscopy in bile duct surgery / G. Csaky, J. Bezsilla, D. Toth // Acta Chir. Hung. - 1999. - Vol. 38. - № 2. - P. 139-42.
13. Role of operative flexible choledochoscopy in calculous biliary tract disease / K.V. Rajan, V. Kate, N. Ananthakrishnan, S. Elangovan // Trop. Gastroenterol. - 2000. - Vol. 21. - № 2. - P. 80-3.

УДК 616.594.15-02:616.85]-07-08

© В.Л. Юлдашев, М.М. Гафаров, Р.К. Галимов, 2008

В.Л. Юлдашев, М.М. Гафаров, Р.К. Галимов
ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ РЕАКТИВНОЙ И ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИЕЙ

*ГОУ ВПО «Бакирский государственный
 медицинский университет Росздрава», г. Уфа*

Представлены результаты исследования реактивной и личностной тревожности больных алопецией. Высокая личностная тревожность коррелирует с невротическим конфликтом и психосоматическими жалобами. Выражается высоким уровнем алекситимии.

Ключевые слова: выпадение волос, андрогенетическая алопеция, лечение.

V.L. Yuldashev, M.M. Gafarov, R.K. Galimov
**THE PECULIARITY OF REACTIVE AND PERSONAL
 ACTIVITY OF PATIENTS WITH ALOPECIA AREATA**

The results of research of reactive and personal anxiety of patients with circumscribed alopecia are set out. High personal anxiety correlates with neurotic conflict, psychosomatic complaints and emotional breakdown. It's expressed high level of alexithymia.

Key words: hair loss, androgenic alopecia, treatment.

Многочисленные исследования указывают, что негативные эмоции являются триггерным (пусковым) механизмом возникновения болезни [1,9, 7, 12].

Авербах Е.В. (1985) при выявлении причин очаговой алопеции у 34,9% пациентов отметила психогенные факторы, проявившиеся от 2 недель до 3 месяцев до начала выпадения волос.

Психогении в 44,7% наблюдений играют важную роль в генезе гнездовой алопеции [16].

Острый эмоциональный стресс мо-

жет стать причиной появления первого очага за срок от одних суток до 2 недель [15]. Наиболее выражены признаки психических расстройств и симптомы тревоги и депрессии у детей. Большую роль в выраженности этих симптомов, характере течения и эффективности лечения заболевания играет преалопетический период жизни [17].

Гнездное облысение, особенно его тяжелые формы, сопровождаясь негативными субъективными эмоциями, способствуют отягощению психоэмоционально-

го статуса больных, некоторые пациенты даже склонны к суицидальным действиям [7, 8, 13].

По данным разных авторов [4, 11], около 60 % больных страдающих этой патологией, - дети до 16 лет. Данная патология встречается у представителей обоего пола в 80% в возрасте до 30 лет [10].

Возникая в детском возрасте и нередко принимая длительное рецидивирующее течение, облысение вызывает выраженный косметический дефект, что приводит к невротическим расстройствам [6].

При частоте общей заболеваемости на долю подростковой группы приходится 17,2 % [18]. Наиболее часто (43-50%) она возникает в возрасте до 15 лет. [2].

В настоящее время отмечается учащение заболеваемости в детском и подростковом возрасте [5].

Наиболее часто встречающейся формой облысения является гнездная (очаговая) и андрогенетическая (андрогенная) формы алопеции. Приблизительно 95% всех лысеющих поставлен именно этот диагноз [14]. Универсальная же форма гнездовой алопеции встречается у 5 % пациентов [3].

Целью настоящего исследования была оценка особенностей реактивной и личностной тревожности больных алопецией.

Средний возраст больных гнездовой алопецией составил $28,5 \pm 12,4$ года. Длительность заболевания - от 1 месяца до 3 лет 8 месяцев, в среднем $3,6 \pm 1,2$ месяца.

В экспериментальную группу больных алопецией входили следующие группы: взрослых больных алопецией в возрасте от 14 до 17 лет - 50 человек в возрасте от 18 до 51 года, средний возраст $33,1 \pm 1,2$ года подростков, больных алопецией в возрасте $15,4 \pm 1,0$ года, средний возраст, средний возраст - $15,4 \pm 1,6$ года, детей - 7 человек в возрасте от 7 до 12 лет, средний возраст — $10,4 \pm 1,4$ года.

Нами проводился тщательный сбор анамнеза у всех пациентов для выяснения возможных причин тревожности.

При этом было установлено, что наиболее частыми причинами возникно-

вения тревожного состояния являются: семейные проблемы – 22 (34,4%), безработица – 7 (10,9%), проблемы на работе – 9 (14,1%), трудности в учёбе – 10 (15,6%), развод – 5 (7,8%), измена – 7 (10,9%), смерть близкого человека – 2 (3,1%), болезнь близкого человека – 2 (3,1%).

Поскольку все пациенты основной группы подвергались влиянию стресса, в программу психологического обследования была включена «Шкала неактивной тревоги и личностной тревожности» Спилберга Ханина.

При проведении исследования результатов, полученных при изучении реактивной тревоги (РТ), установлено, что низкая РТ до лечения выявлялась в 5 случаях (10%), после лечения – в 22 случаях (44%); умеренная: до лечения – в 38 случаях (76%), после лечения – в 28 случаях (58%); высокая: до лечения в 7 случаях (14%), после лечения данный уровень не выявлялся.

При исследовании личностной тревожности у взрослых больных отмечен высокий уровень: (до лечения у 40 (80%) пациентов, после лечения у 30 (60%); умеренный: до лечения у 9 (18%), после лечения у 18 (36%); низкий: до лечения у 1 (2%), после лечения - у 2 (4%).

В данной группе больных особенно важными факторами были: семейное благополучие, материальное положение и наличие постоянного места работы, при нарушении одной из составляющих менялось психологическое состояние пациентов, выражающееся в чувстве беспокойства, неосознанной тревожности.

В наших исследованиях установлено, что в группе подростков уровень реактивной тревоги составил: низкий - до лечения - 4 (57%), после лечения (71,4%); умеренный - до лечения - 3 (42,9%), после лечения - 2 (28,6%); высокая тревожность отсутствует. Уровень личностной тревожности составил: умеренный - до лечения - 4 (57,1%), после лечения - 7 (100%); высокий - до лечения 3 (42,8%), после лечения не отмечался; низкий уровень не выявлен.

При проведении исследования группы детей выявлены следующие показатели по уровню реактивной тревоги: низкий

уровень составил - до лечения 4 (57,1%), после лечения - 5 (71,4%); умеренный - до лечения - 3 (42,9%), после лечения - 2 (28,6%); высокий уровень не отмечался. Показатели уровня личностной тревожности (ЛТ) составили: умеренный уровень (до лечения - 4 (57,1%), после лечения - 7 (100%), высокий уровень - до лечения - 3 (42,8%), после лечения не выявлен; низкий уровень личностной тревожности отсутствует.

Высокий уровень ЛТ свидетельствует о такой психологической особенности данного контингента, как повышенная склонность испытывать беспокойство в различных жизненных ситуациях, в том числе и в тех, объективные характеристики которых к этому не предрасполагают. ЛТ является predisposition, облегчающей возникновение тревоги, как реакции на грозящую опасность (мнимую или реальную), характеризующейся актуальным переживанием напряжения, беспокойством и нервозностью. Более высокие показатели ЛТ среди пациентов экспериментальной группы свидетельствуют о большей выраженности стресса в данной категории обследованных.

Таблица 1

Выраженность соматических жалоб по результатам Гиссенского опросника, в баллах

Соматические жалобы	Экспериментальная группа	Контрольная группа
Истощение	6,4	3,3
Желудочные жалобы	5,4*	2,6*
Ревматический фактор	7,5	5,2
Сердечные жалобы	4,2	2,6
Интенсивность жалоб (давление)	23,5*	13,7*

* Различия показателей экспериментальной групп достоверны ($P < 0,05$).

В группе взрослых больных от 18 лет до 51 года проводились исследования с помощью Гиссенского опросника выраженности соматических жалоб, адаптированного в Психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева и Торонтской алекситимической шкалы.

По результатам Гиссенского опросника нами выявлена интенсивность эмоционально окрашенных жалоб по поводу состояния физического здоровья (табл. 1).

Как следует из таблицы, у пациентов экспериментальной группы преобладают

соматические жалобы по шкалам «истощение», «ревматический

фактор» и «давление жалоб». Высокое значение среднего балла по шкале «истощение» (6,4 балла, в контрольной группе 3,3 балла) характеризует субъективное представление пациента о наличии или потере жизненной энергии и потребность в помощи, что коррелирует с депрессивными расстройствами. Шкала «ревматический фактор» выражает субъективные страдания человека, носящие алгический характер (7,5 балла в экспериментальной группе против 5,2 балла в контрольной группе). «Давление жалоб» составила 23,5 балла против 13,7 в контрольной группе, что практически в два раза превышает среднее значение по этой шкале у группы сравнения.

В рамках проводимого исследования изучен алекситимический тип личности больных.

Таблица 2

Выраженность показателей алекситимии в типе личности, в баллах

Тип личности	Экспериментальная группа		Контрольная группа	
	Абс	%	Абс	%
Алекситимический	20*	40,0	7*	26,9
Норма	24	48,0	7	26,9
Неалекситимический	6*	12,0	12*	46,2
Всего...	50	100	26	100

* Различия показателей экспериментальной и контрольной группы достоверны ($P < 0,05$).

По данным табл. 2 в экспериментальной группе алекситимический тип личности выявлен в 40,0% случаев, в контрольной - в 26,92% случаев. Неалекситимический тип личности преобладает в контрольной группе - 46,16%, а в экспериментальной этот показатель имеет значение 12,0%.

Больные с алекситимическим типом личности больше сконцентрированы на внешних событиях, что вызывает трудности в осознании переработки аффекта, что ведет к усилению физиологических реакций на стресс.

Таким образом, в результате проведенного нами клинико-психологического исследования у пациентов, больных гнездной алопецией, выявленные депрессивные расстройства характеризуются в основном как состояние без депрессии и

легкой степени выраженности симптомов, высоким уровнем личностной тревожности. По выраженности соматических жалоб: «ревматический фактор» 7,5 балла, а

также отмечается высокий показатель алекситимии (20 баллов) в группе больных гнездой алопецией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авербах Е.В. Фотохимиотерапия больных очаговой алопецией (клинико-иммунологическое и иммуногенетическое исследование): Дис. ... канд. мед. наук. - М, 1985. - 155 с.
2. Адаскевич В. П., Мяделец О. Д., Тихоновская И. В. Алопеция (гнездовая, андрогенетическая, диффузная). – М. Медицинская книга, Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2000. - С. 192.
3. Адаскевич В. П., Мяделец О. Д., Тихоновская И. В., Фомченко Ю. А. Универсальная форма гнездовой алопеции у родных братьев // Клиническая дерматология и венерология. - 2004. -N27. - С. 33-35.
4. Дандашли А. Комплексная патогенетическая терапия больных облысением с учетом состояния психического статуса и церебральных сосудов: Автореф. дис.... канд. мед. наук. - М., 1993. - 20 с.
5. Зверькова Ф.А., Бугдакова В.Я., Головачевская Л.И. и др. Лечение очагового облысения у детей // Врачебная косметика: Сборник материалов научно-практич. конференции. - М., 1980. - С. 43-48.
6. Ковалев В.В. Личность и ее нарушения при соматической болезни. // Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней. - М., 1972. - С. 103-114.
7. Кулагин В.И. Современные особенности клиники, нейроэндокринные, сосудистые, иммунные механизмы патогенеза гнездовой алопеции и дифференцированные методы терапии больных: Автореф. дис... д-ра мед. наук. – М., 1992. - 35 с.
8. Лесик Н.В. Патогенетическая терапия больных атопическим дерматитом на основе анализа клинко-психо-вегето-иммунных соотношений: Автореф.. дис... канд. мед. наук. - М., 1988. - 18 с.
9. Минасян Н.В. Патогенетические особенности и лечение гнездовой плешивости: Дис. ... канд. мед. наук, Тбилиси, 1989. - 20 с.
10. Суворова К.Н., Антоньев А.А., Гребенников В.А. Генетически обусловленная патология кожи. – Ростов-на-Дону: Изд-во Ростовского унта, 1990. - 236с.
11. Фомкина И.Г. Комплексная патогенетическая терапия больных очаговой алопецией' с учетом показателей гемостаза и реологии крови: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1997. - 20 с.
12. Colon E.A., Popkin M.K., Callies A.L., Dessert N.J., Hordinsky M.K. Lifetime prevalence of psychiatric disorders in patients with alopecia areata. // Compr Psychiatry - 1991. - Vol. 32. - No 3. - P. 245-251.
13. Cordan Yazici A; Bařterzi A; Tot Acar S; Ustiinsoy D; Ikizoglu G; Demirseren D; Kanik A. Alopecia areata and alexithymia. Turk Psikiyatri Derg. - 2006 Summer; Vol. 17 (2), pp. 101-6.
14. Dombrowski N.C., Bergfeld W.F. Alopecia areata: what to expect from current treatments. Cleve Clin J Med 2005; 72(9):758, 760-1.
15. Hadshiew I.M., Foitzik K., Arck P.C., Paus R. Burden of hair loss: stress and the underestimated psychosocial impact of telogen effluvium and androgenetic alopecia. J Invest Dermatol 2004; 123(3): 455-7.
16. Gieler V, Slangier U, Brahler E. Hauterkrankungen in psychologischer Sicht. Gottingen - Bern - Toronto -Seattle. 1995.
17. Liakopoulou M., Alifieraki T., Katideniou A. et al. // J.Am.Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. - 1997. - Vol. 36, №5. - P. 678-684.
18. Schachner L.A., Hansen R.C. Pediatric Dermatology. 1988. Vol. I. New York: Churchill Livingstone.