

вить диагноз, но и определить характер повреждений и сделать вывод об адекватном объеме хирургического вмешательства.

Данный способ был апробирован при клиническом обследовании у 28 пациентов с подозрением на повреждение медиопателлярной складки, в возрасте от 12 до

48 лет. Всем больным в последующем была выполнена диагностическая и оперативная артроскопия, подтвердившая поставленный диагноз.

Таким образом, использование патогномоничных симптомов помогает диагностировать повреждение МПС, подтверждаемое при артроскопии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Левенец В.Н., Пляцко В.В. Артроскопия. — Киев: Наукова Думка, 1991. — 229 с.
2. Удодова Н.Ю. Патология синовиальных складок коленного сустава, клиника, диагностика, лечение: Автореф.

3. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1997. — 18 с.
3. Ушакова О.А., Эйнгорн Г.А. Операции по поводу патологической медиопателлярной складки коленного сустава с помощью артроскопа // Ортопедия, травматология и протезирование. — 1985. — № 2. — С.45-47.

Адрес для переписки:

© ЯКУБОВИЧ А.И., НОВИЦКАЯ Н.Н. — 2008

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ ТРЕВОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

А.И. Якубович, Н.Н. Новицкая

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра дерматовенерологии, зав. — д.м.н., проф. А.И. Якубович)

Резюме. В статье рассматриваются вопросы психофармакокоррекции тревожных состояний у больных, страдающих псориазом. Оценивается эффективность комплексного лечения тревожных состояний у больных псориазом.

Ключевые слова: псориаз, тревога, качество жизни.

PSYCHOPHARMACEUTICAL THERAPY OF QUALMS IN THE PATIENTS SUFFERING FROM PSORIASIS

A.I. Yakubovich, N.N. Novitskaya
(Irkutsk State Medical University)

The article is devoted to the problem of psychopharmaceutical correction of qualms in the patients suffering from psoriasis. The effectiveness of complex therapy is being estimated.

Key words: psoriasis, anxiety, quality of life.

В настоящее время в медицине значительно возрос интерес к вопросам медикаментозной психокоррекции при кожных заболеваниях [3,10,12], что объясняется высоким процентом дерматозов, сопровождающихся психопатологической симптоматикой [12]. При этом психические расстройства имеют не только клиническое, но и патогенетическое значение и в различной степени вовлечены в формирование и динамику кожной патологии.

Особый интерес представляет псориазическая болезнь. Действительно, псориаз, как признано всем мировым дерматологическим сообществом, представляет собой одно из самых распространенных кожных заболеваний с длительным, хроническим течением, отсутствием кардинальных методов терапии, что, несомненно, накладывает печать "неизлечимости" болезни и негативно влияет на качество жизни [7]. Такая пессимистическая оценка общего состояния проблемы и лежит в основе постоянной актуальности научных изысканий в области патогенеза и терапии псориазической болезни. Именно поэтому многие исследователи в последние годы большое внимание уделяют изучению психосоматической компоненты псориаза [4,5,6,12].

Достаточно давно установлено, что в развитии псориаза особое значение принадлежит психогенным факторам [13]. Из психопатологических нарушений у больных псориазом часто выявляют эмоциональную неустойчивость, тревожность, раздражительность, повышенную утомляемость, депрессию [2,7]. В недавно проведенном исследовании было показано, что личностная (конституциональная) тревожность у больных, страдающих псориазом, выше реактивной (ситуативной), т.е. обострение соматической патологии при вос-

приятии определенных стимулов лишь активизирует устойчивую индивидуальную предрасположенность субъекта к тревоге [11]. Вместе с тем продемонстрировано повышение ситуативной тревожности у лиц с псориазом, находящихся в условиях хронического стресса [4].

Известно, что длительное состояние тревоги вызывает перестройку ЦНС по тревожному типу и разбалансировку основных медиаторных систем [11,14]. Можно предполагать, что при псориазе нейрофизиологические механизмы тревоги играют существенную роль [11].

Кроме того, социологическое исследование у больных псориазом продемонстрировало их личностную и социальную дезадаптацию, обусловленную дефензивностью, выражающейся в переживании своей якобы неполноценности, в неуверенности в себе, неудовлетворенности собой, нерешительности, тревожной мнительности, ранимом самолюбии, а так же подавляющее большинство больных изъявляли желание получать психологическую помощь в кожно-венерологическом диспансере и категорически отказывались от лечения в психиатрических учреждениях [5].

Как показывает опыт оказания специализированной помощи больным дерматозами, коморбидными психическими расстройствами, накопленный в процессе совместной работы кафедр кожных и венерических болезней лечебного факультета и психиатрии и психосоматики ФППОВ ММА им. И.М. Сеченова, психофармакотерапия может с успехом проводиться в условиях дерматологической клиники либо самим врачом-дерматологом, либо с привлечением в качестве консультанта психиатра [3].

Конечно, присутствие у больных псориазом в клинической картине тревожных расстройств требует от

врача назначения анксиолитических препаратов дополнительно к проводимой терапии дерматотропными средствами. Для лечения тревожных состояний традиционно используются производные бензодиазепа. Однако их применение может сопровождаться целым рядом нежелательных эффектов: от симптомов поведенческой токсичности (дневная сонливость, замедление когнитивных процессов, снижение остроты реакций, внимания и памяти) до развития привыкания. Кроме того, бензодиазепиновые анксиолитики могут взаимодействовать с соматотропными препаратами (антигистаминными и др.) и приводить к усилению нежелательных эффектов [8].

Появление в клинической практике принципиально нового отечественного транквилизатора 5-этокси-2-[2-(морфолино)-этилтио]-бензимидазола дигидрохлорида существенно расширяет возможности терапии психодерматологических расстройств тревожного спектра [9]. Новый селективный анксиолитик не является агонистом бензодиазепиновых рецепторов и соответственно лишен побочных эффектов, характерных для традиционных транквилизаторов (производных бензодиазепа) [8].

Целью настоящего исследования является сравнительный анализ клинической эффективности традиционной терапии больных псориазом в сравнении с комплексным (с применением селективного анксиолитика) лечением, а также в их воздействии на качество жизни больных псориазом.

Материалы и методы

Под наблюдением находились 37 стационарных больных (20 женщин и 17 мужчин в возрасте от 18 до 60 лет), с различными клиническими формами псориаза с наличием в клинической картине симптомов тревоги.

У всех больных было получено письменное информированное согласие на исследование (табл. 1).

Таблица 1

Социально-демографическая характеристика выборки (n=37)

Показатели	Число больных	
	абс.	%
Пол:		
мужчины	17	45,9
женщины	20	54,1
Проф. статус:		
работают / учатся	34	91,9
инвалиды	3	8,1
Семейный статус:		
в браке	23	62,1
одинокое	14	37,9

Оценка кожного процесса проводилась путем клинического осмотра, а также использования индекса PASI (Psoriatic Area and Severity Index; индекс площади псориазных поражений и тяжести процесса) (Fridriksson-Petersson, 1978). Интенсивность основных симптомов: эритемы, инфильтрации и шелушения определяли по балльной системе: 0 баллов — отсутствие симптома, 1 — легкое проявление, 2 — умеренное, 3 — тяжелое, 4 — очень тяжелое. Индекс PASI рассчитывали по соответствующей формуле. Снижение индекса PASI на 75% и более рассматривалось как значительное клиническое улучшение, на 50% и более — как улучшение, на 25% и более — как незначительное улучшение.

Для оценки тревожных состояний использовались методика самооценки Ч.Д. Спилберга, Ю.Л. Ханина и методика измерения уровня тревожности Тейлора (адаптация Т.А. Немчинова).

Шкала самооценки Ч.Д. Спилберга, Ю.Л. Ханина является надежным и информативным способом самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность как состояние (состояние тревоги)) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека). Полученные результаты интерпретировались так: до

30 баллов — низкая тревожность, 31-45 — умеренная тревожность, 46 и более баллов — высокая тревожность. Для оценки динамики состояния тревоги использовалась первая половина шкалы (реактивная тревожность).

Оценка результатов исследования по опроснику Тейлора производилась путем подсчета количества баллов, свидетельствующих о тревожности. Суммарная оценка: 40-50 баллов рассматривалась как показатель очень высокого уровня, 25 — о среднем и 0-5 — о низком уровне тревоги. Опросник Тейлора дополнен шкалой лжи (В.Г. Норакидзе, 1975), которая позволяет судить о демонстративности, неискренности в ответах.

Наряду с этим проводилось исследование качества жизни с помощью опросников СКИНДЕКС-29 и «ПСОРИАТИЧЕСКИЙ ИНДЕКС НАРУШЕНИЙ» (PDI) до и после лечения. Ответы оценивались в баллах по разделам эмоции, функции, симптомы, повседневная деятельность, межличностные отношения, отдых.

Все используемые методы оценивались до лечения и через 1 месяц.

Результаты и обсуждение

Учитывались анамнестические данные. Первые манифестные признаки заболевания у больных отмечались в возрасте до 35 лет — 23 (62,2%) больных.

Возникновение первых псориазических высыпаний и дальнейших рецидивов у подавляющего большинства — 32 (86,4%) больных было связано с эмоциональным напряжением, психическими травмами, хроническими стрессовыми ситуациями (ссора с близкими, развод, дорожно-транспортное происшествие, болезнь родственников и т.д.).

Основную часть составили больные с распространенным вульгарным псориазом — 31 (83,8%), в 6 (16,2%) случаях диагностирован экссудативный псориаз. Средний суммарный балл PASI по всей группе составил 38,2.

Длительность псориаза у большинства — 29 (78,3%) больных составила более 10 лет. Частые рецидивы заболевания (более 3 в год) отмечались у 14 (37,8%) больных. Обострения псориаза в осенне-зимний период года наблюдались у всех больных.



Рис. 1. Динамика средних значений индекса PASI в обеих группах больных псориазом в процессе лечения.

Большая часть больных жаловались на плохое настроение, беспокойство, напряжение, волнение, постоянное предчувствие несчастья.

Очень высокий уровень тревоги по опроснику Тейлора отмечался у 8 (21,6%), высокий уровень тревоги — у 29 (78,4%) больных.

По данным опросника Ч.Д. Спилберга, Ю.Л. Ханина у всех больных псориазом отмечался высокий уровень реактивной тревожности (более 46 баллов). Однако при этом прослеживалось преобладание личностной тревожности над реактивной. Личностная тревожность характеризует устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие, реагировать на такие ситуации состоянием тревоги [11].

Выраженность тревоги коррелировала с распространенностью и тяжестью течения кожного процесса. Более высокие баллы уровня тревоги (опросник Тейлора 42-48 балла) отмечались у больных с экссудативным псориазом (индекс PASI — 40,1), с локализацией псориазических элементов на открытых участках, с дли-

тельным и торпидным течением кожного процесса, частыми рецидивами.

Учитывая полученные результаты, в комплексную терапию 19 больных псориазом был включен современный транквилизатор — 5-этоксид-2-[2-(морфолино)-этилтио]-бензимидазола дигидрохлорид (селективный анксиолитик) в средней суточной дозе 30 мг/сут. Наряду с этим больные получали традиционную дерматологическую терапию, включающую десенсибилизирующие, противовоспалительные препараты, местное мазевое лечение и физиотерапевтические процедуры. Больные, получавшие селективный анксиолитик, составили основную группу (n=19).

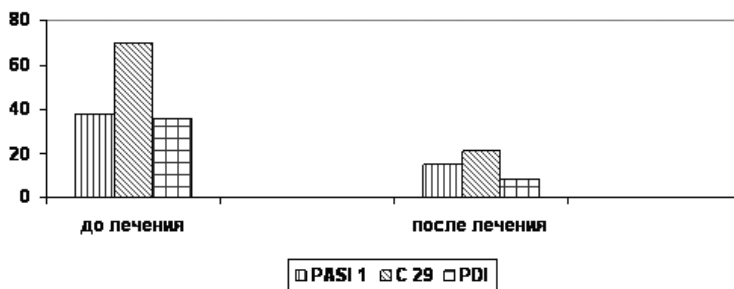


Рис. 2. Влияние комплексного лечения (с применением анксиолитика) на качество жизни больных псориазом.

Больные второй группы (n=18) получали только традиционное дерматологическое лечение.

В ходе лечения у больных основной группы было отмечено повышение общего фона настроения, снижение раздражительности, беспокойства. Снижился уровень реактивной тревожности (по методике самооцен-

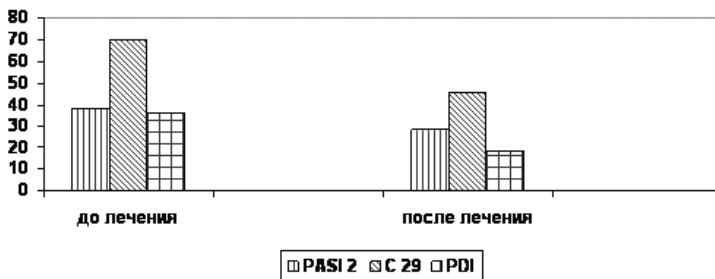


Рис. 3. Влияние традиционного дерматологического лечения на качество жизни больных псориазом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адашкевич В.П., Дуброва В.П. Психологическое сопровождение пациента в дерматологии (некоторые советы психолога) // Рос. журн. кож. и вен. бол. — 2003. — № 1. — С.51-56.
2. Дороженко И.Ю., Львов А.Н. Терапия психических расстройств в дерматологической практике: современный взгляд на проблему // Рос. журн. кож. и вен. бол. — 2006. — № 4. — С.16-21.
3. Дороженко И.Ю., Терентьева М.А. Афобазол при терапии тревожных расстройств у больных дерматологического стационара // Рус. мед. журн. — 2007. — Т.15, № 19. — С.1379-1382.
4. Иванов О.Л., Львов А.Н., Остришко В.В. и др. Психодерматология: история, проблемы, перспективы // Рос. журн. кож. и вен. бол. — 1999. — № 1. — С.28-37.
5. Иванова И.Н. Особенности социальной дезадаптации дерматологических больных // Рос. журн. кож. и вен. бол. — 2007. — № 5. — С.77.
6. Кочергин Н.Г., Смирнова Л.М., Айрапетян Н.Р. и др. Инфликсимаб в терапии псориаза // Вестн. дерматол. — 2005. — № 5. — С.37-39.
7. Кочергин Н.Г., Смирнова Л.М. Дерматологическое качество жизни как психосоматический симптом дерматоза // Рос. журн. кож. и вен. бол. — 2006. — № 4. — С.11-15.
8. Медведев В.Э., Троснова А.П., Добровольский А.В. Психотерапевтическая терапия тревожных расстройств у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями: применение афобазола // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2007. — № 7. — С.25-29.
9. Незнамов Г.Г., Сюняков С.А., Чумаков Д.В., Маметова Л.Э. Новый селективный анксиолитик афобазол // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2005. — № 4. — С.35-40.
10. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику / Монография. — М.: Изд-во Московского университета, 1987. — 167 с.
11. Павлова О.В. Новые аспекты патогенетической терапии псориаза // Вестн. дерматол. — 2005. — № 6. — С.36-39.
12. Смуглевич А.Б., Иванова О.Л., Львов А.Н., Дороженко И.Ю. Современная психодерматология: анализ проблемы // Рос. журн. кож. и вен. бол. — 2005. — № 6. — С.33-39.
13. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. — М.: Медицина, 1986. — 384 с.
14. Трофимова И.Б., Бардеништейн Л.М., Воронина Я.Ю., Сускова В.С. Некоторые аспекты патогенеза псориаза и особенности комплексного лечения больных // Вестн. дерматол. — 2006. — № 1. — С.32-35.

Адрес для переписки:

664003, г. Иркутск, ул. Российская, 16, клиника кожных и венерических болезней ИГМУ, тел. (3952) 24-22-39
Новицкая Наталья Николаевна — аспирант кафедры дерматовенерологии ИГМУ, эл. почта novits78@mail.ru