

ЛИТЕРАТУРА

1. Каламкарян А.А. Ретикулезы кожи / Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1969.
2. Лезвинская Е.М., Молочков В.А., Ларина Н.К. // Рос. журн. кож. и вен. болезней. – 2000г. – №4. – С. 12-17.
3. Разнатовский И.М., Ястребов В.В. // Пролиферативные заболевания кожи. – М., 1987. – С. 104-113.
4. Burg G. Atlas of Cancer of the skin. – New York, Edinburg, London, Madrid, Melbourne, San Francisco, Tokyo, 2000.

ПСИХОГЕННАЯ ПРОВОКАЦИЯ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ: ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ

А.Н. Львов, А.В. Миченко, О.Л. Иванов

ММА им. И.М. Сеченова, Москва

Атопический дерматит (АД) отнесен к классическим психосоматическим болезням Alexander еще в 1950 г. В течение последующих лет было проведено большое количество исследований, посвященных изучению психосоматических аспектов данного заболевания, однако большинство из них – с использованием лишь психометрических методик обследования или данных консультации психолога. Работы, основанные на комплексном обследовании больных атопическим дерматитом с участием дерматолога, психолога и психиатра, практически отсутствуют, в то время как распространенность атопического дерматита увеличивается во всем мире, и проблема адекватной коррекции психосоматических расстройств при этом дерматозе становится все более актуальной.

Цель нашей работы – оценить частоту провокации начала заболевания и обострения АД стрессовыми событиями. В группе пациентов, указывающих на наличие обострений после воздействия стрессового фактора, по данным анамнеза оценить долю психогенных обострений в течение жизни. Изучить типы стрессовых факторов, провоцирующих возникновение симптомов заболевания, а также проанализировать их временную взаимосвязь с появлением зуда и высыпаний. Изучить варианты психосоматических расстройств, отмечающихся у пациентов с АД.

В исследовании использовалось комплексное клиническое дерматологическое, психопатологическое и психологическое обследование с привлечением данных анамнеза, дополненное психометрическими методиками (шкала депрессии Гамильтона, тест СМИЛ), дерматологическими шкалами (SCORAD, ДИКЖ, ДШС). Критерии включения: установленный диагноз «атопический дерматит» по критериям J.M. Hanifin, G. Raika, возраст старше 15 лет, обращение пациента в амбулаторное отделение или госпитализация в стационар клиники кожных и венерических болезней. Критерии исключения: наличие других дерматологи-

ческих заболеваний, алкоголизм или наркомания, тяжелые сопутствующие соматические заболевания.

Группу составили 50 человек (35 женщин, 15 мужчин, средний возраст 26,7 лет) с диагнозом «атопический дерматит» (АД) различной степени тяжести (SCORAD $\leq$ 20 – у 7 чел., SCORAD от 21 до 40 – у 25 чел., SCORAD от 41 до 60 – у 5 чел., SCORAD $\geq$ 61 – у 11 чел.) Наличие психогенной провокации симптомов АД отмечалось у 32 пациентов (64%), при этом в среднем около трети всех обострений в течение жизни у этих пациентов возникали после стрессовой ситуации. Стрессовые факторы можно разделить на две группы: объективно значимая острая, либо протрагированная во времени психическая травма (развод родителей, тяжелая болезнь, смерть одного из родителей, близкого друга, развод с супругом (супругой), увольнение с работы) и субъективно значимая психогенная провокация (конфликт на работе или учебе, вступительные экзамены, сессия, свадьба). У подавляющего большинства пациентов зуд возникает в ближайшие минуты после воздействия стрессового фактора, высыпания появляются в течение ближайших 1-3 дней.

Психосоматические расстройства наблюдались у 84% пациентов в виде нозогенных реакций, патологических развитий личности. Нозогенные реакции наблюдались у 13 (26%) пациентов, преимущественно у пациентов со средней степенью тяжести атопического дерматита (SCORAD от 21 до 40), были представлены депрессивной, сенситивной, ипохондрической реакциями. Патологическое развитие личности наблюдалось у 10 (20%) пациентов, преимущественно с тяжелым атопическим дерматитом, реже – при АД средней и легкой степени тяжести, и были представлены преимущественно ипохондрическим развитием и экспансивным развитием личности. Совпадение обострений атопического дерматита и депрессии наблюдалась у 14 пациентов (28%), при этом депрессивное расстройство возникало в рамках нозогенной реакции на атопический дерматит, или было представлено послеродовой депрессией, или депрессией в рамках психического заболевания. Коморбидные эндогенные психические заболевания различной степени тяжести наблюдались у 5 пациентов (10%).

Психические расстройства при атопическом дерматите представлены нозогенными реакциями, патологическими развитиями. Коморбидная психическая патология также оказывает влияние на течение АД. Требуется дополнительные исследования на более крупной выборке с целью разработки комплексной дифференцированной терапии психосоматических расстройств при АД.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гилер У., Нимайер Ф., Купфер Й., Львов А.Н. // Рос. журн. кож. и вен. болезн. – 2006. – № 4. – С. 35-45.
2. Кондря Т.С. Психофизиологический анализ феномена зуда при нейродерматозах / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Москва, 1991.

3. Львов А.Н. Особенности психосоматического статуса у больных атопическим дерматитом и пути их комплексной коррекции / Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2001.
4. Меринов В.А. Психоэмоциональные и вегетативные нарушения у больных аллергодерматозами / Дис. ... канд. мед. наук. – Казань, 1995.
5. Назаров Р.Н. Коррекция психосоматических расстройств при комплексном лечении атопического дерматита / Дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2004.
6. Папий Н.А. Состояние вегетативной нервной и иммунной систем больных атопическим нейродермитом при комплексной психотерапии / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Минск, 1992.
7. Психические расстройства в дерматологической практике / Дороженко И.Ю., Львов А.Н.: уч. пособ. для врачей. – ММА им. И.М. Сеченова, 2006.
8. Benea V., Muresian D., Manolache L., Robu J.-D.E. // Dermatol. Psychosom. – 2001. – № 2. – P. 205–207.
9. Gieler U., Stangier U. & Brähler E. Hauterkrankungen in psychologischer Sicht. Göttingen – Bern – Toronto – Seattle. – 1995.

РАННИЕ КОМПОНЕНТЫ КОМПЛЕМЕНТА ПРИ АУТОИММУННОЙ ПУЗЫРЧАТКЕ (иммуногистохимическое исследование)

Н.В. Махнева

МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Система комплемента представляет собой сложный комплекс плазменных и мембранных протеинов и является одним из участников естественной защиты организма [2, 3]. Она включает в себя ряд белков, действующих каскадом, в котором каждый фермент катализирует активность следующего. Конечной фазой каскада активации комплемента является образование комплекса, лизирующего мембрану (мембрано-атакующий комплекс), способного вызвать повреждение и даже лизис клеток тканей органов. Особенно активно комплемент соединяется с иммунным комплексом: антиген-антитело. Благодаря присутствию комплемента образовавшийся полный иммунный комплекс оказывает цитотоксическое воздействие, приводящее к разрушению тканевых структур и разрыву связей между отдельными клеточными элементами.

Известно, что основным клиническим и патогистологическим признаками аутоиммунной пузырчатки является образование внутриэпидермального пузыря, которое начинается с нарушения межклеточных связей эпителия (акантолиз). Этот процесс является чаще всего результатом действия циркулирующих аутоантител в сыворотке крови больных пузырчаткой. Разрушение белковых структур тканей организма происходит также под действием протеаз, источником которых являются либо лизосомы клеточных элементов, либо такие жидкости, как плазма крови, лимфа, тканевая жидкость. Протеазы находятся в ингибированном состоянии и только их активация под влиянием спе-