



Коррекция тревожных расстройств в комплексной терапии больных атопическим дерматитом

В статье описаны тревожные расстройства нозогенного характера, возникающие у больных атопическим дерматитом. Приведен опыт применения атаракса при отсутствии депрессивной симптоматики.

Атопический дерматит (АД) в современный период рассматривается как заболевание с поливалентной гиперчувствительностью с развитием с раннего детского возраста у лиц с наследственной предрасположенностью к атопическим заболеваниям, и характеризующееся хроническим рецидивирующим течением, возрастными особенностями локализации и морфологией очагов воспаления, биопсирующим характером зуда.

Длительный, сопровождающийся косметическим дефектом патологический кожный процесс постоянно оказывая психотравмирующее воздействие и служит причиной психогений. Тревожные расстройства, согласно данным литературы, обладают высоким аффинитетом к АД. J.Linnet и G.Jemes отмечают высокую коморбидность тревожных расстройств и АД [1]. F.Whitlock при обследовании больных АД (основная выборка) и контрольной группы (пациенты терапевтического стационара) констатирует у 49% больных основной выборки высокий уровень тревожности, страха [2]. И.К.Жукова и соавт. установили, что основными психопатологическими проявлениями, свойственными больным АД, являются тревожно-депрессивные расстройства [3]. Как свидетельствуют данные современных исследований, атопический дерматит в своем развитии имеет прежде всего генетическую и иммунологическую основу. Психогенные же воздействия выступают в качестве звена в череде последовательных иммунологических событий и приводят к обострению дерматоза в тесной связи с основными факторами патогенеза. Ряд исследований отечественных и зарубежных авторов посвящен вкладу триггерного стрессорного воздействия в этиопатогенез АД [4-6]. "Стрессорные факторы", способные вызывать обострение АД [7-9], судя по данным литературы, отличаются неоднородностью. В качестве значимых психогенных факторов в обыденной жизни чаще всего упоминаются сложные межличностные отношения, конфликты на работе или в семье, болезни родственников, учебный стресс, безработица [10-14]. Результаты исследования депрессии и тревоги у пациентов с АД, представленные в современной литературе, преимущественно основываются на тестовых методиках, проводятся в основном дерматологом (или совместно с психологом) и констатируют предрасположенность пациентов с АД к развитию тревоги и депрессии [10, 15, 16]. Таким образом, исследования депрессии и тревоги у пациентов с АД указывают на частую ассоциацию этих расстройств, однако необходимо более детальное изучение их взаимоотношений на клиническом уровне.

Цель исследования: выявление тревожных расстройств у пациентов с атопическим дерматитом (АД) и их медикаментозная коррекция.

Материал и методы: Изученная выборка составлена из стационарных и амбулаторных пациентов. В исследование включены пациенты с атопическим дерматитом и коморбидными тревожными расстройствами, возникшими на фоне дерматологической патологии. Критериями исключения являлись манифестные эндогенные психозы, органические заболевания ЦНС, расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (ПАВ). Из исследования исключены также пациенты, получавшие на момент наблюдения кортикостероидные препараты, страдающие сахарным диабетом и перенесшие вирусный гепатит.

Использованы следующие методы исследования – клинический (в том числе дерматологический и психопатологический) и клинико-статистический.

Всего обследован 51 пациент, из них 37 (73%) женщин, 14 (27%) мужчин. Средний возраст женщин составил $30 \pm 4,5$ лет, мужчин – $25 \pm 3,2$ лет; средний возраст пациентов составил $28 \pm 3,8$ лет.

Для выявления тревожных расстройств была использована Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS). Шкала предназначена для скринингового выявления тревоги и депрессии у пациентов соматического стационара. Отличается простотой применения и обработки (заполнение шкалы не требует продолжительного времени и не вызывает затруднений у пациента), что позволяет рекомендовать ее к использованию в общей медицинской практике для первичного выявления тревоги и депрессии у пациентов (скрининга). При интерпретации данных учитывается суммарный показатель по каждой подшкале (A и D), при этом выделяются 3 области значений: 0-7 баллов – норма; 8-10 баллов – субклинически выраженная тревога/депрессия; 11 баллов и выше – клинически выраженная тревога/депрессия.

Для оценки степени тяжести АД была использована полуколичественная шкала SCORAD (Scoring of Atopic Dermatitis), основным преимуществом которой является возможность сравнительного анализа полученных результатов с помощью компьютерной обработки, а также объективная оценка эффективности различных методов терапии.

SCORAD предусматривает оценку в баллах шести объективных симптомов: эритема, отек/папулезные элементы, корки/мокнутые, эксфолиации, лихенификация/шелушение, сухость кожи. Интенсивность каждого признака оценивается по 4-уровневой шкале: 0 – отсутствие, 1 – слабая, 2 – умеренная, 3 – сильная. Расчет индекса SCORAD производится по формуле Индекс SCORAD = $A/5 + 7B/2 + C$, где:

A – сумма баллов распространенности поражения кожи,

B – сумма баллов интенсивности клинических симптомов АД,

C – сумма баллов субъективных нарушений по визуальной аналоговой шкале.

Значения индекса могут варьировать в пределах от 0 (нет заболевания) до 103 (максимально тяжелое течение АД).

Результаты

Начало заболевания на первом году жизни отмечено у 44 пациентов (86%). По данным литературы, АД наиболее часто дебютирует на 3-4-м месяце жизни. Однако в случае формирования внутриутробной сенсибилизации возможно его начало в периоде новорожденности. Согласно последнему совместному консенсусу Европейской и Американской академий аллергологии и клинической иммунологии EAACI/AAACI (PRACTALL, 2006) начало АД в 45% случаев приходится на первые 6

месяцев жизни ребенка, на первый год жизни – в 60%, а на период первых 5 лет жизни – как минимум в 85% случаев. В 7-летнем возрасте у 20% детей, у которых АД начался в возрасте до 2 лет, сохраняется персистирующее течение болезни. Лишь у 16% взрослых с АД заболевание дебютировало после подросткового возраста (18).

По частоте рецидивов АД больные распределены следующим образом: до 3 раз в год – у 12 (23,5%) пациентов, 4-5 раз в год – у 39 (76,5%) пациентов. Такая частота рецидивов соответствует средней степени тяжести и тяжелому течению АД. Пациенты связывали рецидивы с нарушением пищевого режима и т.н. стрессами (увольнение, перевод на другую работу, семейные проблемы и др.). 7 (13,7%) пациентов считали причиной рецидивов наступление холодного времени года. Действительно, по данным литературы, к факторам, провоцирующим манифестацию или обострение АД, относятся такие психосоциальные воздействия, как отпуск, дальняя поездка или увольнение с работы [18]. Некоторые авторы и не уточняют характер стрессового фактора, как, например, H. Veerman, который указывает на способность “нервных потрясений” снижать порог зуда и провоцировать расчесывание [19]. Были выявлены психогении, возникающие по механизму ключевого переживания: неудачи в общественной жизни или служебной деятельности (снижение уровня доходов в семье, увольнение с работы и др. – 47,7%); внутрисемейные и межличностные конфликты, приводящие к разводу, смене места жительства и пр. (58,7%). Показатель SCORAD до лечения составил в среднем 73,9 балла.

У всех пациентов выявлена клинически выраженная тревожная симптоматика, связанная в основном с болезненно-обостренным восприятием косметического дефекта, идеями неполноценности по поводу утраты внешней привлекательности и избегающим поведением. По шкале HADS у 30 (58,8%) пациентов выявлено значение тревоги от 19 до 21 балла, у 9 (17,6%) пациентов – от 15 до 18 баллов, у 12 (23,5%) пациентов – от 12 до 14 баллов. При этом показатели депрессии по HADS не превышали нормальных величин, т.е. пациенты обнаруживали только тревожную симптоматику. Пациенты предпочитали общаться лишь с узким кругом родственников и близких знакомых, “не реагирующих” на кожные высыпания. В ситуациях, связанных с нахождением в малознакомом обществе, у больных нарастал тревожный дискомфорт с попытками замаскировать всевозможными путями пораженные участки кожи. Тревожные реакции были расценены как тревожные реакции нозогенного характера при отсутствии депрессивных симптомов. 5 (9,8%) пациентов (3 женщины и 2 мужчин) отмечали сильное беспокойство по поводу своего заболевания, которое выражалось в страхе потерять дистальные отделы фаланг в результате длительного мокнутия, возможность формирования обезображивающих рубцов, и, как следствие, снижения интереса к ним со стороны противоположного пола). У 11 (21,6%) пациентов отмечались проблемы комплаентности, т.е. они периодически нарушали протокол прописанного лечения, мотивируя это неприятным запахом используемых наружных средств, что, по их мнению, могло оттолкнуть от них окружающих людей. У 14 (27,5%) пациентов отмечены явления алекситимии, выразившиеся в затруднении описания своих жалоб. Алекситимия характеризуется затруднением или неспособностью человека точно описать собственные эмоциональные переживания и понять чувства другого человека, трудностями определения различий между чувствами и телесными ощущениями, фиксацией на внешних событиях в ущерб внутренним переживаниям [20, 21]. Некоторыми авторами алекситимия рассматривается как предпосылка для развития психосоматических расстройств.

Всем пациентам в начале лечения был назначен гидроксизина гидрохлорид (Атаракс) по 25 мг в сутки. Но впоследствии 15 (29,4%) пациентам суточная доза Атаракса была увеличена до 37,5 мг. Длительность лечения составила от 1,5 месяцев со средним показателем SCORAD 43,8 балла до 4 месяцев у пациентов с показателем SCORAD 66,5. Показателями улучшения считали уменьшение баллов по шкале HADS, клиническое улучшение, субъективные ощущения пациентов. В целом у всех пациентов отмечалось снижение баллов тревоги по HADS в среднем до 8-9 баллов, что составило от 75 до 78 % от первоначальной оценки.

Патологические кожные проявления характеризовались распространенными высыпаниями с выраженными островоспалительными изменениями кожи в виде яркой гиперемии, отека, мокнутия, обильного шелушения, сочетающихся с биопсирующим зудом, жжением, стягиванием кожи.

Положительная динамика общей суммы баллов по подшкале тревоги HADS проявлялась уже к исходу 1-й недели и становилась наиболее выраженной к моменту окончания терапии. Клинически это проявлялось существенным снижением уровня тревоги, нормализацией сна, незначительным улучшением настроения (тревожно-депрессивные реакции), дезактуализацией стрессогенных переживаний, редукцией избегающего поведения (социофобические реакции). Отмечена также положительная динамика со стороны кожного процесса в виде редукции воспалительных и соматовегетативных проявлений, где показатель SCORAD снизился до 17,1 баллов. Редукция психопатологических расстройств и положительная динамика со стороны кожного процесса при терапии атараксом приводили к улучшению как психического состояния, так и дерматологического статуса.

Заключение. По результатам проведенного исследования выявлена несомненная актуальность распознавания и своевременного лечения тревожных расстройств при АД. Определен ряд факторов, способствующих рецидивам АД, доминирующее значение среди которых в сравнении с физическими имеют психосоциальные факторы. Использование в терапии противотревожных препаратов, в частности, атаракса, приводит к значительной редукции тревоги и ее проявлений, а также к уменьшению выраженности патологических кожных проявлений. Алекситимия, выявленная у части больных с АД, указывает на наличие личностных особенностей у данной категории пациентов, что требует дальнейшего изучения.

Литература

1. Linnert J, Jemec G. An Assessment of anxiety and dermatology life quality in patients with atopic dermatitis. *Brit J Dermatol* 1999; 140: 268–72.
2. Whitlock FA. *Psychophysiological aspects of skin disease*. London: Saunders, 1980.
3. Жукова И.К., Самсонов В.А., Даллакян И.Г. Динамика состояния психоэмоциональной сферы у больных диффузным нейродермитом под влиянием акупунктуры. *Вестн. дерматол. венерол.* 1986; 3: 15–8.
4. Champion RH, Parish WE. *Atopic dermatitis*, Champion RH, Burton JL, Ebling FJG (eds.). *Textbook of dermatology*. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1994; 589–610.
5. Sack W. *Haut und Psyche*. J.Jadassohn (Hrsg.) *Handbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten*. Berlin, 1933.
6. Sampogna F, Frontani M, Baliva G et al. *Dermatol* 2007; Suppl. 1: 23.
7. Fortune D, Richards H, Kirby B et al. Successful treatment of psoriasis improves psoriasis-specific but not more general aspects of patients' well-being. *Br J Dermatol* 2004; 151 (6): 1219–26.
8. Кербиков О.В. *Избранные труды*. М.: Медицина, 1971.
9. Ponyai G. Adulthood atopic dermatitis: epidemiology, clinical symptoms, provoking and prognostic factors. *Orv Hetil* 2007; 148 (1): 21–6.
10. Ginsburg IH, Prystovsky JH, Kornfeld DS, Wolland H. Role of emotional factors in adults with atopic dermatitis. *Int J Dermatol* 1993; 32: 656–60.
11. Hashiro M, Okumura M. The relationship between the psychological and immunological state in patients with atopic dermatitis. *J Dermatol Sci* 1998; 16 (3): 2
12. Panconesi E, Hautmann G. Stress emotions in skin diseases. Koo JYM, Lee CS. (eds.), *Psychocutaneous Medicine*. New York: Marcel Dekker, Inc. 2003; 477: 41–65. 31–5.
13. Ring J. In atopic eczema in childhood psychosomatic aspects of the parent-child relationship should be considered (letter). *Hautarzt* 1995; 46 (9): 662–3.
14. Whitlock FA. *Psychophysiological aspects of skin disease*. London: WB Saunders, 1976.
15. Раева Т.В. *Психические нарушения при хронических кожных заболеваниях у подростков*. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск, 1998.
16. Arima M, Shimizu Y, Sowa J et al. Psychosomatic analysis of atopic dermatitis using a psychological test. *J Dermatol* 2005; 32 (3): 160–8.
17. *Согласительный отчет PRACTALL, «Аллергология», 2006, № 4; Г.И. Смирнова, 2007*

18. Griesemer R, Nadelson T. Emotional Aspects of Cutaneous Disease. In: *Dermatology in general medicine*. Eds: T.B.Fitzpatrick et al. New York: McGraw – Hill. 1979; p. 234–50.
19. Fortune D, Richards H, Kirby B et al. Successful treatment of psoriasis improves psoriasis-specific but not more general aspects of patients' well-being. *Br J Dermatol* 2004; 151 (6): 1219–26.
20. Krystal H. *Alexithymia and psychotherapy*. *Am J Psychother* 1979; 33 (1): 17–31.
21. Taylor G. *Alexithymia: concept, measurement, and implication for treatment*. *Am J Psychiat* 2004; 141: 725–32.

Атопиялық дерматитпен ауыратын науқастардағы үрей тудыратын бұзылыстар және оның емін түзету.

Бейсебаева У.Т., Альменова Л.Т., Хабижанов А.Б., Сагидолдина Л.К.

Атопиялық дерматитпен ауыратын науқастарда дамидытын назогенді сипаттағы үрей тудыратын бұзылыстар жазылған. Депрессивті бұзылысы болмаған жағдайда ауруды атаракспен емдеу тәжірибесі берілген.

Correction of the anxious disorders in the complex therapy of patients with atopic dermatitis

U.T. Beysebaeva., Almenova L.T., Khabizhanov A.B., Sagidoldina L.C.

The anxious disorders of nosogenic character arising among patients with atopic dermatitis are described. Experience of disease treatment by atarax under the condition that absence of depressive disorders is given an example.

Бейсебаева У.Т., Альменова Л.Т., Хабижанов А.Б., Сагидолдина Л.К.

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

Тегі: anxious disorders, atarax, atopic dermatitis, атаракс, атопический дерматит, атопиялық дерматит, дерматовенерология, тревожные расстройства, үрей тудыратын бұзылыстар
