Влияние современных анксиолитиков на качество жизни больных хроническими дерматозами

Т.Б. МЕРКУЛОВА[1], Е.В. ОРЛОВ, А.А. ШАКШИНА

ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет

The influence of modern anxiolytics on the quality of life of the patients presenting with chronic dermatoses

T.B. MERKULOVA, E.V. ORLOV, A.A. SHAKSHINA

State budgetary educational institution of higher professional education Samara State Medical University

Ключевые слова: экзема, атопический дерматит, псориаз, лечение, анксиолитики, Адаптол.

Key words: eczema, atopic dermatitis, psoriasis, treatment, anxiolytics, Adaptol.

Острые или хронические стрессовые ситуации, а также другие состояния нервного перенапряжения могут способствовать развитию или обострению кожного заболевания. В то же время патология кожи нередко является причиной психоэмоциональных расстройств [1, 2]. Психические расстройства пациентов, страдающих острыми и хроническими дерматозами, в среднем регистрируются в 30—40% случаев [3]. Наиболее часто (в 70% случаев) они встречаются у больных с зудящими дерматозами [4]. Особенно высока доля сочетания кожной патологии с депрессиями (59—77%) и тревожными расстройствами (6—30%)[5, 6]. Важное значение имеет конституциональная предрасположенность. Хронические дерматозы нередко приводят к декомпенсации имеющихся аномальных особенностей и расстройств личности [7, 8]. В литературе имеются сведения о взаимосвязи характеристики кожных (локализация, выраженность, распространенность, наличие зуда) и психопатологических (структура и тяжесть) проявлений [9, 10]. Выраженность симптомов тревоги может варьировать в зависимости от распространенности и локализации высыпаний (косметически значимые участки кожного покрова), степени выраженности зуда, нарушений сна, вынужденных ограничений в повседневной жизни (диета, спорт, пребывание в общественных местах, общение со сверстниками и др.). Возникающие при этом явления социальной дезадаптации ухудшают и осложняют течение дерматоза и значительно снижают качество жизни [11, 12]. Коморбидность кожных заболеваний с аффективными расстройствами сокращает длительность ремиссий у 40% пациентов [13]. В повседневной практике недооценка психического состояния больного и отсутствие соответствующей терапии значительно снижает эффективность дерматологического лечения и становится одним из факторов хронизации зудящих дерматозов [14].

Указанные факты свидетельствуют о рациональности введения в комплексное лечение таких дерматозов, как атопический дерматит (АтД), экзема, псориаз, анксиолитических препаратов дополнительно к проводимой терапии дерматотропными средствами. В дерматологической практике применяется широкий спектр психотропных средств разных фармакологических классов. В литературе имеются данные о применении в дерматологии производных бензодиазепина, однако их использование ограничено из-за развития нежелательных эффектов, особенно в сочетании с базисной терапией антигистаминными средствами [15]. Использование малотоксичных препаратов, не дающих нежелательных побочных явлений и не относящихся к группе бензодиазепинов, увеличивает ресурс психотропных средств, применение которых возможно при тревожных расстройствах у дерматологических больных.

Цель исследования — изучение эффективности применения *Адаптола* в комплексной терапии больных хроническими дерматозами и его влияния на

© Коллектив авторов, 2011

[1]e-mail: tbm42@jandex.ru

Klin Dermatol Venerol 2011;6:79

качество жизни при лечении тревожных расстройств.

Материал и методы

Группа наблюдения включала 116 больных — 64 мужчины (55,17%) и 52 женщины (44,83%), в возрасте 20—58 лет (псориаз — у 55, АтД — у 38, экзема — у 23). Давность кожного заболевания составляла от 2 до 38 лет (табл. 1). В группу наблюдения включали больных с дерматологической патологией и сопутствующими тревожными расстройствами, давших письменное согласие на исследование. У всех пациентов была диагностирована стадия обострения дерматологического заболевания. Клиническая картина всех дерматозов являлась типичной. В исследование не включали больных с сопутствующими органическими заболеваниями центральной нервной системы, токсикоманией и алкоголизмом, тяжелыми соматическими заболеваниями в стадии декомпенсации и индивидуальной непереносимостью *Адаптола*.

Все больные получали базовое лечение в клинике кожных и венерических болезней ГБОУ ВПО Самарский ГМУ Минздравсоцразвития России в соответствии со стандартами, утвержденными приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации 30 мая 2006 г. №433, 11 декабря 2007 г. №746 и 18 декабря 2007 г. №773.

Пациенты группы наблюдения дополнительно к базовой терапии получали анксиолитик *Адаптол* по 500 мг 2 раза в день независимо от приема пищи в течение 3 нед. Больные контрольной группы (66 человек), сопоставимой по возрасту и структуре патологии, получали только базовую терапию. В ходе исследования исключалось назначение других психотропных средств.

Выбор *Адаптола* определялся широким спектром его психотропного влияния («дневной транквилизатор» с выраженной анксиолитической, вегетостабилизирующей и стресспротективной активностью и высоким профилем безопасности). По химической структуре данный препарат является производным бициклических бисмочевин (2,4,6,8-тетраметил-2,4,6,8-тетраазабицикло (3,3,0) октадион-3,7) и близок к естественным метаболитам организма. Механизм действия *Адаптола* обусловлен его способностью проникать через гематоэнцефалический барьер и влиять на структурно-функциональные элементы нейронов гипоталамуса и лимбической системы. При этом он оказывает нормализующее действие на баланс активности различных нейромедиаторных систем мозга: активирующее в отношении тормозящего медиатора ГАМК и ослабляющее в отношении возбуждающих нейротрансмиттеров — норадреналина и глутамата, а также нормализует соотношение и взаимодействие адрено- и серотонинергических воздействий. Дисбаланс в активности отмеченных нейромедиаторных систем (в соотношении возбуждающих и тормозных воздействий) нередко лежит в основе таких распространенных расстройств, как тревожность, нейроциркуляторная дистония, различные неврозы, часто отмечающихся у пациентов с психосоматическими дерматозами [16].

Перед началом лечения и после его окончания проводили клиническую оценку состояния больных, включавшую индекс тяжести псориаза в соответствии с площадью поражения (PASI), индекс для больных АтД, позволяющий дать сложную оценку сыпи и ее симптомов (SCORAD), индекс для оценки распространенности и тяжести при экземе (EASI).

Для оценки физического, эмоционального, социального статуса больных изучали качество их жизни. Измерение параметров качества жизни больных с кожными заболеваниями необходимо для: 1) оценки степени тяжести состояния больного; 2) оценки эффективности лечения; 3) подбора индивидуальной терапии в качестве дополнительного критерия; 4) оценки эффективности новой терапии; 5) получения сравнительных данных для разделения ресурсов между медицинскими специальностями; 6) использования при ревизии эффективности дерматологической клинической службы; 7) обеспечения дополнительного, ориентированного на пациента, исследования состояния; 8) обеспечения сравнения между течением и лечением разных кожных заболеваний.

Для оценки качества жизни использовали опросник «Дерматологический индекс качества жизни» — ДИКЖ (Dermatology Life Quality Index — DLQI), состоящий из 10 пунктов и включающий оценочные показатели от 0 до 3 баллов с максимальной суммой 30 баллов (качество жизни пациента обратно пропорционально сумме баллов). Он удобен в применении, и его можно ежедневно использовать в клини-

***Таблица 1*. Распределение больных по полу и возрасту**

Дерматологический диагноз	Всего	Мужчины	Женщины	Средний возраст, годы	Длительность кожного заболевания, годы
Псориаз	55	36	19	41,3±1,5	9,1±1,8
АтД	38	29	9	29,6±1,6	25,6±1,7
Экзема	23	10	13	43,4±1,9	32,6±1,3
Всего обследованы	116	64	52		

ческой практике. К достоинствам анкеты можно отнести простоту (ее могут заполнять больные разного возраста, интеллектуального уровня) и возможность заполнить за 1—3 мин. Вопросы сформулированы таким образом, что они охватывают как часто, так и крайне редко упоминаемые аспекты снижения качества жизни. Качество жизни оценивалось по шести основным параметрам: 1 и 2-й вопросы — симптомы/самочувствие, 3 и 4-й — ежедневная активность, 5 и 6-й — досуг, 7-й — работа/учеба, 8 и 9-й — личные отношения, 10-й — лечение. Опросник ДИКЖ может быть применен для оценки степени негативного влияния кожного заболевания на разные аспекты жизни больного, характеризующие его качество жизни. ДИКЖ может быть использован как один из критериев оценки эффективности терапии кожного заболевания у конкретного больного. Анкеты раздавались больным в 1-й день лечения и заполнялись пациентами еженедельно в течение 3 нед. Результаты оценивали по следующим критериям: 1—10 баллов — легкая степень снижения качества жизни, 11—20 — средняя степень, 21—30 — тяжелая степень.

Для изучения уровня тревожности использовали шкалу личностной и реактивной тревожности Спилбергера (C. Spielberger), адаптированную Ю.Л. Ханиным (1978). Это единственная методика, позволяющая дифференцированно измерять тревожность и как личностное свойство, и как состояние (ситуативная или реактивная тревожность). Личностная тревожность характеризует устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие, реагировать на такие ситуации состоянием тревоги. Реактивная тревожность характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью. Очень высокая реактивная тревожность вызывает нарушения внимания, иногда нарушения тонкой координации. Очень высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта с эмоциональными и невротическими срывами и психосоматическими заболеваниями. Данный тест представлен в виде опросника из 40 вопросов и является надежным источником информации о самооценке человеком уровня своей тревожности в данный момент (реактивная тревожность) и личностной тревожности (как устойчивой характеристики человека). Общий итоговый показатель по каждой из подшкал может находиться в диапазоне от 20 до 80 баллов. При этом, чем выше итоговый показатель, тем выше уровень тревожности (ситуативной или личностной). При интерпретации показателей используют следующие ориентировочные оценки тревожности: до 30 баллов — низкая, 31—45 баллов — умеренная, 46 баллов и более — высокая.

Психоличностную сферу пациентов изучали в динамике 3 раза (в момент госпитализации, через 1 нед терапии и в период окончания курса лечения).

Индекс качества жизни у всех пациентов до лечения был высоким — 26—28. Низкий уровень качества жизни у большинства пациентов был связан с болезненным восприятием косметического дефекта, ощущением неполноценности, чувством стыда, смущения, обостренной стеснительностью по поводу утраты внешней привлекательности и сопровождался избегающим поведением. У пациентов отмечались сниженное настроение, плаксивость, раздражительность, плохой сон, пессимистическая оценка окружающего, снижение работоспособности. Тревожные опасения касались состояния здоровья (вопросов выздоровления, возможного улучшения, эффективности лечения) и возможности продолжения учебы и работы.

Результаты

Клинический эффект комплексной терапии с использованием *Адаптола* отмечался уже через 2—3 дня лечения и нарастал в течение всего курса. В процессе лечения средний показатель уровня тревожности (рис. 1) снизился при псориазе с 48 до 29, при АтД — с 46 до 27, при экземе — с 37 до 26. Во время исследования больных, принимавших *Адаптол*, отмечалась также более выраженная положительная динамика кожного процесса, коррелирующая с динамикой показателей по ДИКЖ. Это проявлялось заметным ускорением разрешения воспалительных и соматовегетативных проявлений. Гиперемия, отечность и везикуляция разрешались несколько быстрее, чем шелушение и инфильтрация в очагах поражения. Все пациенты отмечали быстрое снижение ощущения зуда — на 2—4-й день приема *Адаптола* и связывали этот факт с уменьшением степени выраженности напряженности и тревоги. Через 3—4 дня приема *Адаптола* восстанавливались засыпание и нормальная продолжительность ночного сна. Через 3 нед лечения у 85% больных отмечались полное исчезновение тревоги и страха, формирование чувства душевного комфорта, спокойствия при сохраненной психофизической активности.

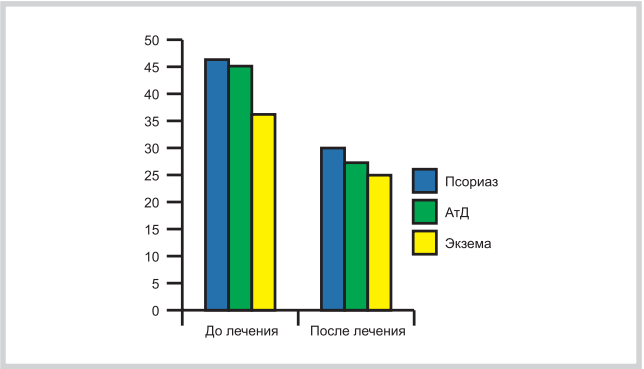


Рис. 1. **Динамика уровня тревожности (средние значения).**

Таблица 2. **Изменение ДИКЖ при стандартном лечении и использовании Адаптола (*M±m*)**

Лечение	Псориаз			АтД			Экзема		
	N	до лечения	после лечения	N	до лечения	после лечения	N	до лечения	после лечения
Адаптол	55	21,9±2,31	4,2±1,67	38	25,12±1,89	6,97±1,32	23	17,93±1,62	4,36±0,65
Стандартное	24	22,5±2,24	12,7±1,78	23	24,96±2,24	11,95±1,24	19	17,61±1,87	8,73±1,15

Примечание. N — количество пациентов; $p<0,05$ по сравнению с показателями до лечения и больных, получавших стандартное лечение.

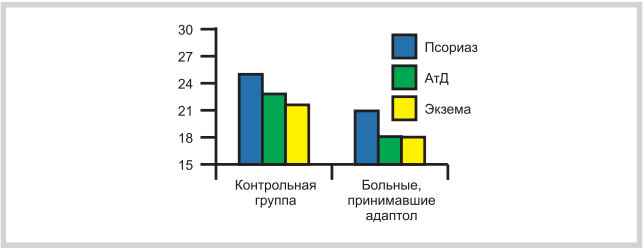


Рис. 2. **Динамика пребывания пациентов в стационаре (средние значения; койко-дни).**

К концу 3-й недели терапии *Адаптолом* индекс PASI пациентов с псориазом снизился на 62%, у больных атопическим дерматитом индекс SCORAD изменился с 38,3±2,63 до 14,2±1,65 балла, у больных экземой показатель EASI изменился с 15,61±2,66 до 5,33±1,71 (во всех случаях $p<0,05$—0,001 по сравнению с показателями до лечения). Наблюдалась более выраженная положительная динамика качества жизни пациентов, принимавших *Адаптол* (табл. 2). Длительность пребывания в стационаре пациентов, получавших *Адаптол*, оказалась меньше, чем у пациентов с аналогичными заболеваниями и психоличностными характеристиками, получавших только базовую терапию (псориаз — 21 и 24,5, АтД — 17 и 23, экзема — 17 и 22 дня соответственно) (рис. 2).

Переносимость лечения *Адаптолом* во всех трех группах наблюдения была хорошей. Существенных побочных эффектов, потребовавших отмены или коррекции схемы лечения, ни в одной из групп не отмечено. Ни в одном из наблюдений не зарегистрировано клинически значимых взаимодействий между *Адаптолом* и применявшимися дерматотропными средствами.

Выводы

Назначение современных психотропных средств (*Адаптола*) больным хроническими дерматозами приводит к снижению уровня тревожности и нормализации индекса качества жизни. Улучшение психоэмоционального состояния больных благотворно влияет на течение заболевания и способствует более быстрому достижению ремиссии. Высокая противотревожная эффективность *Адаптола*, его хорошая переносимость при отсутствии взаимодействия с дерматологическими средствами делают целесообразным его применение для восстановления качества жизни при хронических дерматозах, сочетающихся с тревожно-депрессивными расстройствами.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Адаскевич В.П., Дуброва В.П.* Психологическое сопровождение пациента в дерматологии (некоторые советы психолога). Рос журн кож и вен бол 2003; 1: 51—56.
2. *Скрипкин Ю.К.* Кожные и венерические болезни. М 1995; 2: 88—96.
3. *Picardi A., Mazzotti E.* Prevalence and correlates of suicidal ideation among patients with skin disease. J Am Acad Dermatol 2006; 54: 420—426.
4. *Schneider G., Driesch G., Heuft G. et al.* Psychosomatic cofactors and psychiatric comorbidity in patients with chronic itch. Clin Exper Dermatol 2006; 31: 762—767.
5. *Schaller C., Alberti L., Ruzicka T. et al.* Der Bedarf an psychosomatischer Versorgung in der Dermatologie. Zeitschrift Dermatol 1995; 181: 146—148.
6. *Stangier U.* Hautkrankheiten und Koerperdysmorphe Stoerung. Hogrefe-Verlag 2002.
7. *Раева Т.В.* Психические расстройства в дерматологической практике: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Томск 2006; 48.
8. *Терентьева М.А., Белоусова Т.А.* Психогенные (нозогенные) расстройства при хронических дерматозах. Психиатр и психофармакотер 2004; 6: 6.
9. *Hughes J.E., Barraclough B.M., Hamblin L.G., White J.E.* Psychiatric symptoms in dermatology patients. Br J Psychiatry 1983; 1: 54.
10. *Picardi A., Abeni D., Renzy C. et al.* Increased psychiatric morbidity in female outpatients with skin lesions on visible parts of the body. Acta Derm Venerol 2001; 81: 410—414.
11. *Бычкова Н.Ю., Поздеев О.П., Юркина А.Н.* Качество жизни больного при атопическом дерматите. Всероссийский конгресс дерматовенерологов, 3-й: Тезисы. Казань 2009.
12. *Дороженок И.Ю., Белоусова Т.А.* Лечение реактивных депрессий, коморбидных хроническим дерматозам с преимущественным поражением открытых участков кожи. Вестн последипломн мед образ 2003; 3: 4: 42—46.
13. *Gupta M.A., Gupta A.K.* Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. Br J Dermatol 1998; 139: 5: 846—850.
14. *Laihinen A.* Assessment of psychiatric and psychosocial factors disposing to chronic outcome of dermatoses. Acta Derm Venerol (Stockh) 1991; 156: 46—48.
15. *Акарачкова Е.С., Вершинина С.В.* Диагностика и ведение пациентов с депрессией в общесоматической практике. Рус мед журн 2011; 19: 15: 987—991.
16. *Кузина З.А., Кичаева О.С., Сидоренко О.А., Анисимова Л.А.* Роль Адаптола в комплексной терапии психосоматических дерматозов. Съезд дерматовенерологов и косметологов, 11-й: Тезисы. Екатеринбург 2010.