

Тревожные расстройства в дерматологической практике

О.А.Шавловская
ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова Минздрава России

Нозогенные реакции манифестируют в связи с психотравмирующим действием соматической патологии. Вопросы взаимосвязи психических факторов и дерматологических заболеваний обсуждаются давно. В 1867 г. E.Wilson ввел понятие «невроз кожи», определяя таким образом ряд дерматологических заболеваний, в основе которых лежат невротические конфликты, M.Karosi описывал «неврозы кожи» как «болезни, возникающие по причине изменения функций кожных нервов без видимого повреждения кожи» [1].

Актуальность психодерматологии объясняется широким распространением психических расстройств в когорте дерматологических больных. Тревожные расстройства присутствуют в картине широко распространенных в общей медицинской практике нозогенных реакций, чаще всего возникающих при рецидивирующих, зудящих дерматозах, а также при локализации высыпаний на лице и открытых участках тела. Степень выраженности тревожных проявлений напрямую связана с остротой возникновения высыпаний, их распространенностью, тенденцией к диссеминации, выраженности гиперемии и др. Процент коморбидности кожной патологии с депрессиями достигает 59–77%, тревожными расстройствами – 6–30% [2]. В амбулаторном контингенте пациентов с кожными заболеваниями этот показатель варьирует в пределах 21–34%, в дерматологическом стационаре – 38–62% [3].

Результаты клинико-эпидемиологического исследования СИНТЕЗ (2011 г.) показали, что в выборке больных дерматологической клиники (534 наблюдения) распространенность синдромально завершенных психических расстройств составляет 45,5%, в 42,1% случаев диагностируются психические нарушения субклинического уровня. Частота тревожных расстройств достигает 26,4%, а с учетом тревожно-ипохондрических и соматоформных расстройств – 38,8%, что превышает соответствующий показатель для аффективной патологии (15,8%), наблюдаемый при других соматических заболеваниях [3].

Тревога – это эмоциональное переживание, при котором человек испытывает дискомфорт от неопределенности перспективы. Среди тревожных расстройств, развивающихся на фоне поражения кожного покрова, доминируют социофобические и тревожно-ипохондрические расстройства. Высоким аффинитетом к хроническим дерматозам обладают тревожные симптомы в рамках невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств (см. таблицу) [1]. В ряде случаев на фоне текущего кожного заболевания наблюдаются психогенные самоповреждения кожи, такие как эксфолиированные акне молодых женщин, «невротические эксфолиации» на фоне таких кожных заболеваний, как акне, аллергический васкулит, дисгидротическая экзема, сикоз [4]. Согласно классификации А.А.Каламкаряна, такие самоповреждения кожи входят в группу психо-

патологических расстройств невротического круга, в рамках которых рассматривается тревога о состоянии своего здоровья, ведущая к подобным самоповреждениям.

Тревожные расстройства, согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра, входят в класс V «Психические расстройства и расстройства поведения», рубрики F40–F48 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства», такие как «Фобические тревожные расстройства» (F40) и «Другие тревожные расстройства» (F41); см. рисунок. Однако заболевания пациентов, пришедших на прием к дерматологу с симптомами тревоги и не имеющих предшествующего диагноза из рубрики F, могут также кодироваться как класс VI «Болезни нервной системы», рубрики G90–G99 «Другие нарушения нервной системы», такие как «Расстройства вегетативной (автономной) нервной системы» (G90), а именно «Другие расстройства вегетативной (автономной) нервной системы» – G90.8) или «Расстройство вегетативной (автономной) нервной системы неуточненное» (G90.9).

Ядро клинической картины у пациентов дерматологического профиля составляет тревога, связанная с представлениями о заметности для окружающих косметического дефекта, обуславливающего не только утрату внешней привлекательности, но и обращающего на себя их внимание. Внутреннее напряжение нарастает ситуационно уже при известии о предстоящих кон-

Классификация психических расстройств в дерматологии [1]

1. Психические расстройства с преимущественной проекцией в соматической (кожные покровы) сфере	1.1. Соматопсихоз – дерматозойный (зоопатический) бред 1.2. Ипохондрия (истерическая, невротическая, сверхценная), сопровождающаяся аутодеструктивными тенденциями: 1.2.1. Патомимия 1.2.2. Ограниченная ипохондрия 1.2.3. Обсессивно-компульсивные расстройства с самоповреждениями кожных покровов (невротические эксфолиации, эксфолиированные акне, трихотилломания, онихофагия и онихотилломания, хейлофагия) 1.3. Диморфофобия/диморфомания
2. Психические расстройства, спровоцированные дерматологической патологией	2.1. Нозогенные реакции (депрессивные, тревожно-фобические, сенситивные) 2.2. Патологические развития личности при хронических дерматозах
3. Психосоматические заболевания (дерматологическая патология, спровоцированная психическими расстройствами)	Атопический дерматит, псориаз, экзема, розацеа, вульгарные угри, красный плоский лишай, рецидивирующий герпес, хроническая крапивница, гнездная алопеция, витилиго и др.



тактах с людьми, с появлением в обществе, что сопряжено с выраженным дискомфортом и в последующем может реализоваться в форме соматизированной тревоги (тремор, учащенное сердцебиение, тошнота, эритема, гипергидроз и т.п.). В данном случае речь может идти о ситуационной тревоге, которая возникает в ответ на стрессовые воздействия, например обострение проявлений кожного заболевания. Такая тревога обычно кратковременна и заканчивается с началом ожидаемого события (например, терапевтическое воздействие) или при его завершении (например, в момент ремиссии кожного заболевания). Ситуационная тревога в той или иной степени обычно наблюдается при всех тревожных расстройствах, включая невроз тревоги, паническое расстройство, простые фобии, социофобию, посттравматическое стрессовое расстройство и невроз навязчивых состояний.

Структура нозогенных реакций определяется биологическими (соматическое заболевание), психологическими, социальными, конституциональными факторами. И.Ю.Дороженков [5] наблюдал различные формы психической патологии, коморбидной хроническим дерматозам у больных дерматологического профиля. Среди них психогенные тревожные реакции, клиническую картину которых представляют кататимные тревожные переживания, нередко сочетающиеся с массивными соматовегетативными нарушениями, имевшими общие симптомы с проявлениями дерматологической патологии (зуд, жжение, гиперемия, стягивание кожи). Тревожно-ипохондрические, социофобические и тревожно-депрессивные нозогенные реакции формируются преимущественно у больных с острым дебютом или длительным,

упорным, рецидивирующим течением хронических дерматозов на фоне выраженного зуда, распространенных высыпаний с островоспалительными изменениями кожи в виде яркой гиперемии, отека, мокнутия, обильного шелушения, в половине случаев с локализацией сыпи на лице и открытых участках тела. Соматизированная тревога, характерная для больных с поражением кожных покровов, проявляется стойкой фиксацией на состоянии кожных покровов, регистрацией малейших изменений в структуре кожных высыпаний, тщательным анализом результатов терапевтических мероприятий, ощущением зуда, стягивания, сухости. В ряде случаев психогенный зуд может усиливать или дублировать кожный зуд, изначально свойственный дерматологическому заболеванию. Такая «надстройка» зуда реализовывалась по психогенным механизмам с диссоциацией между минимальными проявлениями дерматологического процесса и выраженностью жалоб на мучительные телесные ощущения. Социофобические нозогенные реакции характеризуются тревогой, связанной с болезненным восприятием косметического дефекта, идеями неполноценности, обостренной стеснительностью по поводу утраты внешней привлекательности и избегающим поведением (когда при необходимости появиться в незнакомом обществе пациенты испытывают выраженный дискомфорт, ощущают нарастающую тревогу, неуверенность в себе, предпринимают попытки разными путями скрыть изъяны кожных покровов).

Тревожно-депрессивные нозогенные реакции

Выраженность симптомов тревоги и депрессии может варьировать в зависимости от ряда указанных

факторов и, в свою очередь, значительно осложнять течение дерматоза [6], что требует назначения анксиолитических препаратов дополнительно к проводимой терапии дерматотропными средствами. В терапии психических расстройств, коморбидных хроническим дерматозам, основная роль отводится лечению наиболее часто встречающихся тревожных и депрессивных нозогенных реакций, психогенных депрессий и тревожных реакций, предшествующих дебюту/экзацербации дерматоза, а также рекуррентных депрессий, совпадающих с обострением кожного процесса. Сегодня антидепрессанты имеют широкое применение не только в психиатрической, но и в неврологической практике, что обусловлено в первую очередь полимодальностью их действия, помимо антидепрессивного они обладают противотревожным, антипаническим, анальгетическим, седативным, стимулирующим, гипнотическим действием. В настоящее время в терапии психодерматологической патологии приоритет имеют психотропные средства первого ряда: анксиолитики, антидепрессанты новых поколений, а также некоторые нейролептические средства (малые нейролептики, современные атипичные антипсихотики).

Так, в проведенном исследовании [5] у больных дерматологического профиля (n=90) выявлена депрессия с аффективной патологией в рамках расстройств адаптации (57,8%), депрессивного эпизода (28,9%), рекуррентного депрессивного расстройства (13,3%), коморбидная хроническим дерматозам (розацеа, себорейный дерматит, псориаз, экзема, атопический дерматит, угревая сыпь). В рамках комбинированной терапии психических расстройств при хронических дерматозах всем испытуемым назначался 6-недельный курс приема небензодиазепинового селективного анксиолитика (морфолинэтилтиоэтоксид-бензимидазол). В ходе исследования сделан вывод: терапия расстройств тревожного спектра у пациентов с хроническими дерматозами может успешно осуществляться небензодиазепиновым анксиолитиком как в режиме монотерапии, так и в комбинированной терапии с антидепрессантами (например, селективными ингибиторами обратного захвата серотонина) и антипсихотиками.

В другом исследовании наблюдались больные с атопическим дерматитом, псориазом и экземой

(n=116) [6], имеющие тревожные проявления, которые оценивались при помощи шкалы личностной и реактивной тревоги Спилберга–Ханина, для оценки качества жизни использовали опросник «Дерматологический индекс качества жизни». Всем больным на фоне базисной терапии назначался анксиолитик (тетраметилтетраазабициклооктандион) в течение 3 нед. По результатам исследования сделан вывод, что назначение современных психотропных средств больным хроническими дерматозами приводит к снижению уровня тревожности и нормализации индекса качества жизни.

Полученные данные подтверждены последующим исследованием [3], в котором наблюдались амбулаторные больные (n=64) с распространенным псориазом в стадии прогрессирования. В ходе исследования по результатам психометри-

ческого тестирования (шкала тревоги Шихана и депрессии Монтгомери–Асберг) симптомы тревоги и депрессии были выявлены в 65,6% случаев, только симптомы тревоги – 9,37%, только симптомы депрессии – 3,13%. Всем больным на фоне базисной терапии назначался анксиолитик (тетраметилтетраазабициклооктандион) в течение 8 нед. Проведенная корректирующая терапия тревожно-депрессивных

состояний показала высокую клиническую эффективность в виде купирования симптомов в 100% случаев. Результаты исследования подтверждают необходимость применения анксиолитического препарата в качестве психокорректирующей терапии при дерматологических заболеваниях (псориаз, атопический дерматит, крапивница, экзема, акне и др.), сопровождающихся психическими расстройствами.

Литература

1. Глазкова Л.К., Волкова Н.В. Нозогении в дерматологической практике: пути коррекции. *Клин. дерматология и венерология*. 2011; 4: 46–51.
2. Дороженко И.Ю., Терентьева М.А. Афобазол при терапии тревожных расстройств у больных дерматологического стационара. *РМЖ*. 2007; 19: 1379–82.
3. Романов Д.В. Анксиолитики при тревожных расстройствах в дерматологической практике. *Психические расстройства в общей медицине*. 2013; 4: 40–5.
4. Шавловская О.А. Редкие дерматозы: самоповреждения кожи – аутоагрессия – патомимия. *Эксперим. и клин. дерматокосметология*. 2004; 6: 53–60.
5. Дороженко И.Ю. Клинико-терапевтические аспекты психических расстройств, коморбидных хроническим дерматозам. *Доктор.Ру*. 2010; 4 (55): 64–7.
6. Меркулова Т.Б., Орлов Е.В., Шакишина А.А. Влияние современных анксиолитиков на качество жизни больных хроническими дерматозами. *Клин. дерматология и венерология*. 2011; 6: 79–82.

21-я Международная специализированная выставка
аптека
 МОСКВА
 2014

8–11 ДЕКАБРЯ
 Москва
 ЦВК «Экспосентр» павильон № 7

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ДЕЛОВОЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ФОРУМ

- лекарственные средства • изделия медицинского назначения • средства гигиены • косметика • фитотерапия
- лечебная косметика • фармацевтические ингредиенты и сырье • диагностические тест-системы, химические реактивы, лабораторная диагностика • оборудование для контрольно-аналитических лабораторий, фармацевтических предприятий и аптек • биологически активные и пищевые добавки, натурпродукты • детское питание, товары для детей и новорожденных • минеральные воды: лечебно-столовые • медицинская техника • медицинская одежда и обувь, лечебный трикотаж, ортопедические изделия • мебель и оборудование для аптек • информационные технологии и услуги в фармацевтике • автоматизация и роботизация аптек и аптечных складов • фармацевтическая и медицинская упаковка • ветеринария • стоматология

Организатор: МОСКВА, РОССИЯ **ЕВРОЭКСПО** VIENNA, AUSTRIA **EUROEXPO**
 Exhibitors and Congress Development Center
www.aptekaexpo.ru