

## ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПСИХОКОРИГУЮЧИХ МЕТОДИК У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ АЛЕРГОДЕРМАТОЗИ

*КУ «Запорізький обласний шкірно-венерологічний клінічний диспансер»*

**У хворих на хронічні алергодерматози встановлено достовірно вищі рівні ситуативної й особистісної тривожності, невротизації та депресії порівняно з групою здорових чоловіків. Використання ноотропних препаратів і аутогенних тренінгів у поєднанні з базовою терапією алергодерматозів сприяло покращанню клінічної картини захворювання та якості життя хворих.**

*Ключові слова: хронічні алергодерматози, лікування, ноотропні препарати, аутогенний тренінг.*

Сьогодні у сфері охорони здоров'я значна увага приділяється впливу хвороби на психологічний стан людини [1]. Крім того, є певна низка патологічних станів (у тому числі дерматологічних), які виникають на фоні існуючих психологічних змін особистості. Так, нерозривно пов'язаними з психологічними змінами, а інколи і з психіатричними відхиленнями, є невротичні екскоріації, патомімія, прояви дерматозойного марення на шкірі. Однак нещодавно проведені дослідження доводять наявність психологічних змін (у першу чергу зростання тривожності та розвиток депресії) у хворих на вугрову хворобу, генітальний герпес, червоний плесканий лишай, кропив'янку та інші гострі і хронічні дерматовенерологічні захворювання [2–6].

Це пов'язане з тим, що негативні емоційні імпульси через підкіркові структури дестабілюють функціональний стан різних органів і систем, що призводить до перманентних соматоформних дисфункцій [7]. А вони, у свою чергу, є основною ланкою в патогенезі багатьох захворювань, які характеризуються дизрегуляцією з боку центральної нервової, вегетативної нервової, гормональної та імунної систем та призводять до порушення вегетативного забезпечення функціонування різних ефекторних систем організму в підтримці гомеостазу [7–9]. При цьому зростання темпу життя та його стресогенності призводять до більш агресивного перебігу дерматозів і значним чином ускладнюють лікування захворювання.

Отже, стресові ситуації, тривале нервове перенапруження можуть провокувати розвиток або загострення дерматозів. Водночас наявність висипань на шкірі, особливо на її відкритих ділянках (обличчі, волосистій частині голови, верхніх кінцівках), може бути причиною психоемоційних змін особистості. Таким чином, формується патологічно замкнене коло, коли одна його ланка провокує погіршення іншої. Розірвати цей патологічний ланцюг можна за допомогою психотропних препаратів або психотерапії.

Серед психотропних лікарських засобів виділяють антипсихотичні засоби (нейролептики), анксиолітики (транквілізатори) та снодійні засоби, нормотимічні засоби (тимоізолептики), антидепресанти (тимоаналептики) та психостимулятори [10]. За своєю психофармакологічною дією їх поділяють на психолептичні та психоаналептичні. Психолептичні засоби використовують у лікуванні хронічних дерматозів, оскільки вони чинять заспокійливу, протитривожну, антифобічну дію як при невротичних станах, так і у здорових осіб. Психоаналептичні препарати мають збудливий, стимулюючий, активуючий ефект; антидепресанти (тимоаналептики) здатні нормалізувати патологічно знижений настрій; психотоніки викликають психомоторну активацію як у хворих, так і у здорових осіб [10].

Проте, хоча більшість психотропних препаратів, які використовуються для лікування пацієнтів із дерматологічною патологією та проявами супровідних тривожно-депресивних змін, зменшують або повністю усувають депресію, тривожність, соціофобію, підвищують стійкість пацієнта до нервових стресів, скорочують частоту загострень на фоні стресів, а також сприяють зменшенню свербіжності шкіри та нормалізації сну, ця група препаратів чинить і ряд побічних дій. Так, нейролептики можуть призводити до загрозливих життю гіпотензії, порушень регуляції температури тіла, злоякісного нейролептичного синдрому та пригнічення кісткового мозку, тому, перш за все, їх застосування обмежене в осіб похилого віку. Найбільш проблемними побічними ефектами нейролептиків є екстрапірамідні симптоми (тремор, дистонія, дискінезія, акатизія) [10].

Антидепресанти (селективні інгібітори зворотнього захвату серотоніну) можуть викликати антихолінергічні симптоми, до яких відносять сухість у роті, нечіткість зору, закрепи, затримку сечі. Крім того, можуть спостерігатись аритмії та блокади серця, шлунково-кишкові порушення, порушення сну. Селективні інгібітори зворотнього

захвату серотоніну можуть також підсилювати суїцидальні думки.

Лікування тривоги анкіолітиками та снодійними засобами може спричиняти розвиток толерантності та залежності — як фізичної, так і психологічної. При їх використанні більше кількох тижнів виникають труднощі з відміною препаратів у вигляді безсоння, тривоги, втрати апетиту, маси тіла, тремору, підвищеної пітливості, шуму у вухах, розладів сприйняття. Тому анкіолітики та гіпнотики можуть призначатися тільки в індивідуально підібраних дозах і лише у випадках гострих станів (панічних атак, гострої тривоги, тяжкого безсоння). Анкіолітики та снодійні не можуть призначатися протягом тривалого часу, їх застосування зазвичай обмежене 1–2 тиж прийому [10].

Найчастіше в дерматологічній практиці для корекції невротичних станів, підвищеної подразливості використовуються седативні препарати (броміди, препарати валеріани та пустирника). Усі вони мають помірний заспокійливий ефект. Основна дія цих засобів пов'язана з підсиленням процесів гальмування в корі головного мозку. При цьому вони не здатні активізувати метаболічні процеси в головному мозку. Крім того, броміди можуть кумулюватися в організмі, призводячи до хронічного отруєння — бромізму з розвитком загальмованості, апатії, порушень пам'яті, аспе bromica [11].

Ураховуючи дані щодо механізмів дії та можливості виникнення побічних ефектів, з нашої точки зору, найбільш перспективним в комплексному лікуванні хворих на хронічні дерматози є застосування ноотропних препаратів із групи нейрометаболічних стимуляторів, здатних активізувати вищі інтегративні функції головного мозку, метаболізм і енергетичні процеси в клітинах головного мозку. Ноотропні препарати підсилюють синтез макроергічних фосфатів, білків, активують ряд ферментів, стабілізують пошкоджені мембрани нейронів, стимулюють окисно-відновні процеси, збільшують утилізацію глюкози, покращують кровообіг у головному мозку, збільшують енергетичний потенціал організму за участі АТФ і аденілатциклази [11]. Оптимізація енергетичних процесів сприяє підвищенню стійкості ЦНС до гіпоксії та різних токсичних факторів. Наведені властивості ноотропних препаратів роблять можливим їх застосування у комплексному лікуванні хронічних дерматозів.

Ще одним перспективним і простим у виконанні методом профілактики та лікування хронічних дерматозів, на наш погляд, є використання аутогенного тренінгу (концентрованої саморелаксації) за методом Шульца. Це аутосугестивний метод із переключенням і перенастроюванням

вегетативних функцій, які зазвичай або недоступні, або важко доступні для вольової дії. Спочатку шляхом самонавіювання досягається розслаблення мускулатури — релаксація, а потім у цьому стані проводиться самонавіювання, направлене на ті чи інші функції організму. Лікувальний ефект заснований на дії як релаксації, так і ціленаправлених самонавіювань [12]. Метою аутогенного тренінгу за Шульцем є розривання кола симптомів, що викликають напругу. Основними показаннями для його проведення є вегетативні розлади та функціональні/психосоматичні розлади [13]. Аутогенний тренінг за Шульцем використовується задля нервово-психічної стійкості в стресових умовах, підвищення рівня здоров'я, якості та продуктивності розумової та фізичної праці, усунення психофізіологічних причин негативного психолого-виробничого клімату на підприємствах і в організаціях, підвищення ефективності боротьби зі шкідливими звичками, нервовою та фізичною перевтомою.

Зручність аутогенного тренінгу за Шульцем полягає у максимальній економічності методу (непотрібні матеріальні витрати), можливості проведення тренувань у будь-який зручний час доби (до/після роботи), можливості їх проведення як у групах людей, так і самостійно. Причому, якщо на етапі оволодіння цим методом потрібно проводити тренування в теплому тихому приміщенні при неясковому освітленні під наглядом лікаря, то в подальшому (після оволодіння навичками аутогенної саморелаксації) особа, яка займається, може не звертати уваги на шум у приміщенні і взагалі тренуватися самостійно [12].

Аутогенний тренінг за Шульцем можуть використовувати не лише хворі, але й здорові люди з профілактичною метою (у тому числі в комплексі профілактики професійних захворювань на виробництві), якщо за умовами їх діяльності або внаслідок деяких індивідуальних характерологічних особливостей він може бути їм корисним. Аутогенний тренінг у таких випадках направлений на зменшення відчуття тривоги, хвилювання, емоційної напруги, регуляцію сну, короткочасний відпочинок, активізацію організму та підсилення волі, корекцію характерологічних особливостей, мобілізацію інтелектуальних ресурсів [12].

Завдяки низці переваг аутогенний тренінг за Шульцем може використовуватись у дерматологічній практиці в комплексному лікуванні хворих на хронічні алергічні захворювання шкіри.

Мета нашої роботи — вивчення психологічних змін за шкалами Спілбергера — Ханіна, Вассермана, Бека у чоловіків старших вікових груп, хворих на хронічні алергодерматози, та розробка методів їх лікування з використанням ноотропного препарату та аутогенного тренінгу.

Під нашим спостереженням перебували 98 чоловіків віком від 45 до 64 років, хворих на хронічні алергодерматози (основна група). Контрольну групу становили 197 здорових чоловіків без проявів дерматологічних захворювань.

Ступінь тяжкості алергодерматозів у хворих установлювали за загально визнаною та найбільш розповсюдженою шкалою SCORAD, яка передбачає оцінку площі ураження шкіри, визначення та оцінку інтенсивності морфологічних елементів висипу, оцінку суб'єктивних ознак захворювання (свербежу та порушень сну) [14].

Зміни психологічного стану як здорових, так і хворих на алергодерматози чоловіків старших вікових груп виявляли за допомогою карт-опитувальників. Рівень тривожності вивчали за шкалою самооцінки Спілбергера — Ханіна [15]. Рівень невротизації оцінювався за методикою діагностики Л. І. Вассермана. [16]. Крім того, проводилось анкетування чоловіків за допомогою опитувальника «Шкала Бека для самооцінки тяжкості депресії». Оцінка якості життя у хворих на алергодерматози проводилася за загально-прийнятним опитувальником DLQI (Dermatology Life Quality Index) [17], який складається з 10 запитань, відповіді на які мають відображати те, як захворювання шкіри впливало на життя хворого протягом останнього тижня. У даній роботі використовувався авторизований український переклад опитувальника DLQI (Ukrainian version of DLQI).

Із метою визначення ефективності використання ноотропних препаратів і аутогенного тренінгу за методом Шульца в комплексній терапії хворих на хронічні алергодерматози пацієнти основної групи були безвідбірково розподілені на три терапевтичні підгрупи. Підгрупи не відрізнялися за віком, тяжкістю перебігу дерматозу, тривалістю його існування, попередньо проведеною терапією, наявністю супровідних захворювань та іншими клінічно значущими факторами, які могли б вплинути на інтерпретацію результатів дослідження. Усі хворі отримували базову терапію хронічних алергодерматозів, яка включала елімінаційний режим (усунення контактів з алергенами та неспецифічними подразниками), догляд за шкірою (використання емолієнтів), місцеве лікування (застосування топічних кортикостероїдів, інгібіторів кальціоневрину, антибактеріальних засобів — за необхідності), системне лікування (H<sub>1</sub>-антигістамінні, дезінтоксикаційні і гіпосенсибілізуючі засоби, ферментні препарати, антибактеріальна терапія — за показаннями), фізіотерапію. Перша терапевтична група отримувала лише базову терапію, друга — додатково ноотропний препарат, третя — додатково проводила курси аутогенного тренінгу (вправ «нижнього ступеню»).

Отримані дані були оброблені статистично. Порівняння середніх арифметичних двох вибірок проводили шляхом визначення коефіцієнта Стьюдента. Різницю між даними вважали достовірною при  $p < 0,05$ .

Результати дослідження рівнів ситуативної і особистісної тривожності, невротизації та депресії у здорових чоловіків і хворих на хронічні алергодерматози подано в табл. 1.

У хворих на хронічні алергодерматози відзначались достовірно вищі рівні як ситуативної, так і особистісної тривожності порівняно з групою здорових чоловіків. Оскільки особистісна тривожність формується в ранньому віці і має певну стабільність, то отримані дані дають змогу висловити думку про те, що підвищена особистісна тривожність є фоном, на якому розвиваються хронічні форми алергічних захворювань шкіри. Однак якщо середнє значення інтегрального показника особистісної тривожності у хворих відповідало помірному рівню тривожності, то ситуативна тривожність досягала високого рівня. Отже, при потраплянні в стресові ситуації хворі на алергодерматози неадекватно реагують на чинники навколишнього середовища, що призводить до психічної напруги та змін у діяльності нервової системи і, у свою чергу, до персистенції та рецидивування захворювання.

У хворих основної групи відзначався достовірно вищий рівень невротизації порівняно з контрольною групою (табл. 1). Якщо інтегральний показник невротизації за Л. І. Вассерманом у контрольній групі здорових чоловіків відповідав низькому рівню, то хворі на алергодерматози виявляли невротизацію середнього ступеня тяжкості. Це свідчить про зростання у них емоційної збудливості, в результаті чого виникають негативні переживання — тривожність, напруга, подразливість, розгубленість. Виникає іпохондрична фіксація на соматичних відчуттях і особистих недоліках, в тому числі й тих, що стосуються клінічних проявів дерматологічного захворювання. Це призводить до прогресування алергодерматозу та погіршення якості життя хворого.

У хворих на хронічні алергодерматози також спостерігався достовірно вищий рівень інтегрального показника депресії за шкалою Бека порівняно з контрольною групою (табл. 1). Здорові чоловіки у середньому не виявляли ознак депресії, при цьому середній бал оцінки за шкалою Бека у хворих на алергодерматози відповідав стану субдепресії. З одного боку, це є результатом впливу хронічного перебігу алергодерматозу на психологічний стан хворого, але, з іншого боку, наявність стану субдепресії може бути провокуючим чинником у хронізації алергічного захворювання.

Таблиця 1

## Рівні ситуативної та особистісної тривожності, невротизації та депресії у здорових і хворих на хронічні алергодерматози чоловіків

Група обстежених	Ситуативна тривожність	Особистісна тривожність	Рівень невротизації	Рівень депресії
Контрольна	41,0±0,18	38,4±0,31	6,9±0,23	6,7±0,32
Основна	48,3±0,40*	43,2±0,30*	14,2±0,46*	11,6±0,57*

\* Достовірна різниця при порівнянні з відповідними показниками у здорових ( $p < 0,05$ ).

Таблиця 2

## Динаміка клінічних показників і якості життя у хворих на хронічні алергодерматози упродовж лікування

Період лікування	SCORAD	$\Delta$ SCORAD, %	DLQI	$\Delta$ DLQI, %	DLQI < 5, %
До лікування	46,9±0,89		13,3±0,41		
Після лікування:					
перша підгрупа	23,7±1,46*	50,5±2,63	6,8±0,62*	47,6±4,43	47,2
друга підгрупа	15,6±1,79*	66,3±3,39*	3,8±0,46*	69,7±3,40	63,2
третья підгрупа	16,9±1,95*	63,5±3,83*	3,7±0,60*	66,9±5,88	60,0

\* Достовірна різниця ( $p < 0,05$ ) при порівнянні з відповідними показниками у групі до лікування;

• достовірна різниця при порівнянні з відповідними показниками у групі після базової терапії ( $p < 0,05$ ).

Таким чином, відбувається формування патологічно замкненого кола, коли наявність алергодерматозу призводить до підвищення тривожності, невротизації та депресії хворого, а це є чинником рецидивування та хронізації дерматозу. З метою розірвання патологічного кола було запропоновано включення до комплексної терапії хронічних алергодерматозів ноотропного препарату і аутогенного тренінгу. Результати дослідження наведено в табл. 2.

Після проведеного лікування у хворих, які увійшли до I терапевтичної підгрупи (з базовим лікуванням), спостерігалось покращання клінічної картини захворювання, зменшення відчуття свербіж та поліпшення сну, що виявлялося зменшенням індексу SCORAD. Проте в другій (з додатковим застосуванням ноотропного препарату) та третій (з додатковим використанням аутогенних тренінгів) підгрупах хворих індекс SCORAD був достовірно нижчим порівняно з групою пацієнтів, які використовували лише базове лікування. Оскільки індекс SCORAD відображає тяжкість клінічних проявів алергічних захворювань, більш низькі його значення у хворих на фоні поєднаного використання базової терапії та ноотропного препарату / аутогенних тренінгів свідчать про клінічну їх ефективність щодо регресу алергічних висипань і суб'єктивних проявів алергодерматозів.

У хворих на хронічні алергодерматози після проведеного курсу лікування у всіх терапевтичних групах спостерігалось покращання якості життя, що виявлялося зниженням індексу DLQI (табл. 2).

Однак у хворих із другої та третьої терапевтичних підгруп індекс DLQI був достовірно нижчим, ніж у пацієнтів, які проходили лише базову терапію. Після лікування у другій та третій підгрупах хворих був вищий, хоча і недостовірно, показник осіб із оцінкою DLQI менше 5 балів порівняно з першою підгрупою хворих. Таким чином, можна констатувати факт більш вираженого покращення якості життя пацієнтів із хронічними алергодерматозами на фоні використання ноотропних препаратів / аутогенних тренінгів за Шульцем.

Результати, отримані протягом дослідження, дозволили зробити такі висновки.

1. Хворі на хронічні алергодерматози мали достовірно вищі рівні ситуативної та особистісної тривожності за шкалою Спілбергера — Ханіна, невротизації за шкалою Вассермана та депресії за шкалою Бека порівняно з групою здорових чоловіків, що потребувало проведення корекції.

2. Використання ноотропного препарату й аутогенних тренінгів за методом Шульца у поєднанні з базовою терапією алергодерматозів сприяло вираженому покращанню клінічної картини захворювання, що проявлялось статистично достовірно нижчим індексом SCORAD порівняно з групами хворих до лікування та після курсу базової терапії.

Перспективою подальших розробок у даному напрямі є дослідження ефективності лікування хворих на інші хронічні поширені дерматози з використанням ноотропних засобів й аутогенних тренінгів за методом Шульца та їх впровадження в дерматологічну практику.

Список літератури

1. *Абрамов В. А.* Личностно-ориентированная психиатрия: ценностно-гуманистические подходы / В. А. Абрамов, О. И. Лихолетова, Г. Г. Путятин // Журн. психиатрии и медицинской психологии.— 2012.— № 4 (31).— С. 5–16.
2. *Степаненко В. І.* Комплексна етапна терапія хворих на акне та акнеподібні дерматози (розацеа, демодекоз) / В. І. Степаненко, А. В. Клименко // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології.— 2009.— № 3.— С. 50–61.
3. *Резніченко Н. Ю.* Вплив соціально-економічних та психологічних чинників на розвиток та перебіг вугрової хвороби у жінок юного віку / Н. Ю. Резніченко // Медико-соціальні проблеми сім'ї.— 2007.— Т. 12, № 3.— С. 59–64.
4. *Кутасевич Я. Ф.* Новые возможности в наружной терапии хронических дерматозов / Я. Ф. Кутасевич, И. А. Маштакова, Н. А. Ляпунов // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології.— 2003.— № 3 (10).— С. 15–17.
5. *Степаненко В. І.* Комплексна діагностика та терапія генітального герпесу / В. І. Степаненко // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология.— 2008.— № 1–2 (11).— С. 187–208.
6. *Коган Б. Г.* Новые европейские подходы в терапии резистентных форм аллергодерматозов / Б. Г. Коган, Е. А. Верба // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології.— 2013.— № 1 (48).— С. 137–143.
7. *Терлецкий О. В.* Психологическая характеристика и терапия больных псориазом / О. В. Терлецкий // Вестн. психотерапии.— 2011.— № 39 (44).— С. 28–38.
8. *Резніченко Н. Ю.* Порушення нейроендокринної регуляції у хворих на вугрову хворобу / Н. Ю. Резніченко // Укр. мед. альманах.— 2007.— Т. 10, № 5.— С. 160–163.
9. *Резніченко Н. Ю.* Стан симпато-адреналової та вагоінсулярної систем у чоловіків зрілого віку, хворих на псоріаз / Н. Ю. Резніченко // Biomedical and Biosocial Anthropology.— 2013.— № 20.— С. 135–138.
10. Руководство по рациональному использованию лекарственных средств / А. Г. Чучалин, Ю. Б. Белоусов, Р. У. Хабриев, Л. Е. Зиганшина.— М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.— 729 с.
11. *Харкевич Д. А.* Фармакология / Д. А. Харкевич.— М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.— 736 с.
12. *Аврүцкий Г. Я.* Лечение психически больных: руководство для врачей / Г. Я. Аврүцкий, А. А. Недува.— М.: Медицина, 1988.— 528 с.
13. *Лаукс Г.* Психиатрия и психотерапия / Г. Лаукс, Х.-Ю. Меллер.— М.: Медпресс-информ, 2010.— 512 с.
14. Атопічний дерматит у дітей / М. Л. Аряев, В. А. Клименко, А. І. Кожем'яка, В. О. Фьоклін.— К.: [б. и.], 2006.— 88 с.
15. *Ханин Ю. Л.* Краткое руководство к применению шкалы реактивной тревожности Ч. Д. Спилберга / Ю. Л. Ханин.— Л.: ЛНИИ ФК, 1976.— 18 с.
16. Методи психодіагностики індивідуально-психологічних особливостей жінок в акушерсько-гінекологічній клініці; сост. В. М. Астахов, О. В. Бачылева, И. В. Пузь; под общей ред. В. М. Астахова.— Донецк: Норд-Пресс, 2010.— 199 с.
17. *Finlay A. Y.* Quality of life in atopic dermatitis / A. Y. Finlay // J. of Am. Academy of Dermatology.— 2001.— № 45 (Suppl. 1).— P. 64–66.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПСИХОКОРРЕКТИВНЫХ МЕТОДИК  
В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ

Н. Ю. РЕЗНИЧЕНКО

**У больных хроническими аллергодерматозами установлены достоверно более высокие уровни ситуативной и личностной тревожности, невротизации и депрессии в сравнении с группой здоровых мужчин. Применение ноотропных препаратов и аутогенных тренировок в комбинации с базовой терапией аллергодерматозов способствовало улучшению клинической картины заболевания и качества жизни больных.**

*Ключевые слова:* хронические аллергодерматозы, лечение, ноотропные препараты, аутогенный тренинг.

EXPERIENCE OF PSYCHOCORRECTIVE METHODS APPLICATION  
TO TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC ALLERGIC DERMATOSES

N. Yu. REZNICHENKO

**Significantly higher levels of trait and situational anxiety, neurotization and depression were determined in patients with chronic allergic dermatoses in comparison with the group of healthy men. The use of nootropic medications and autogenous training in combination with the basic therapy for allergic skin diseases improved the clinical picture of the disease and life quality.**

*Key words:* chronic allergic dermatoses, treatment, nootropic medications, autogenous training.

Надійшла 09.04.2014