

---

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я  
УКРАЇНИ**

---

**Державне підприємство “Український науково-  
дослідний інститут морської медицини”  
Державний департамент морського і річного  
транспорту України  
Професійна спілка робітників морського  
транспорту України  
Фонд морської медицини**

***ВІСНИК***  
***МОРСЬКОЇ МЕДИЦИНИ***

Науково-практичний журнал  
Виходить 4 рази на рік

Заснований в 1997 році

Зареєстрований в Міністерстві інформації України  
Свідоцтво серія КВ № 2830

**№ 4 (16)**  
**(жовтень-грудень)**

---

Одеса 2001

---

## РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор **А.О. Лобенко**

*В.Ю.Волянський ( заступник головного редактора ), В.Г.Руденко ( заступник головного редактора ), Н.А.Мацегора (відповідальний секретар), О.Г.Андрієвський, О.К.Асмолов, В.О.Васильєв, О.І.Верба, Ю.І.Гульченко, Т.В.Демидова, Л.А.Звягіна, Б.С.Запорожченко, О.М.Ігнат'єв, В.О.Лісобеї, Т.П.Опаріна, О.М.Поливода.*

## РЕДАКЦІЙНА РАДА

*Р.В.Богатирьова (Київ), П.В.Волошин (Харків), Є.М.Горбань (Київ), С.О.Гуляр (Київ), Л.М.Давидов (Київ), В.М.Запорожан (Одеса), В.О.Зубков (Одеса), М.Ф.Ізмеров (Москва), М.О.Корж (Харків), Н.Н.Корпан (Австрія, Відень), В.Й.Кресюн (Одеса), Ю.І.Кундієв (Київ), М.В.Курик (Київ), І.І.Кутько (Харків), М.В.Лобода (Київ), І.М.Логан (Одеса), Л.Т.Малая (Харків), В.В.Поворознюк (Київ), М.Д.Тронько (Київ), М.І.Хвисяк (Харків), П.М.Чуєв (Одеса), Чайковський Ю.Б. (Київ), О.О.Шалімов (Київ), О.А.Шандра (Одеса).*

Адреса редакції

65049, м. Одеса, вул. Суднобудівна, 1  
(кафедра морської медицини та професійних хвороб)  
Телефони: (0482) 631-600, 630-573  
Факс: (0482) 68-63-24

Редактор Н.І. Єфременко

Здано до набору р.. Підписано до друку р.. Формат 70×108/16  
Папір офсетний № 2. Друк офсетний. Умов.-друк.арк. .  
Зам №

Видавництва “Друк” 65029, м. Одеса,  
вул. Старопортофранківська, 61. Тел. 23-55-26

ISSN 0049-6804

©Міністерство охорони здоров'я України, 1999  
©Державне підприємство “Український науково-дослідний інститут морської медицини”, 1999  
©Державний департамент морського і річкового транспорту України, 1999  
©Професійна спілка робітників морського транспорту України, 1999  
©Фонд морської медицини, 1999

С. В. Гончаров, Э. В. Мельник

**МАСКИРОВАННЫЕ ДЕПРЕССИИ В ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Одесский государственный медицинский университет

## Введение

В последние годы отмечено увеличение числа затяжных, терапевтически резистентных форм соматических, в том числе дерматологических заболеваний. В качестве одной из ведущих причин этого явления рассматривают возрастание количества депрессивных состояний, которое обусловлено не только учащением психических заболеваний в странах с затяжным социально-экономическим кризисом, но и более частым выявлением их легких форм, проявляющих известную атипичность и клинический полиморфизм. Показатели болезненности для депрессивных проявлений составляют в среднем 6% взрослого населения [8]. Больше внимания уделяется сегодня соматоформным (психосоматическим) расстройствам, представляющими собой соматические маски психических заболеваний. Особенно актуальна проблема взаимоотношения психического и соматического для лиц плавсостава, испытывающих воздействие многочисленных неблагоприятных физических и психологических факторов.

Указанное положение наглядно представлено в дерматовенерологии [7;9]. Так, несмотря на мультифакториальность этиопатогенеза таких тяжелых хронических рецидивирующих дерматозов, как атопический дерматит, нейродермит, экзема, псориаз, красный плоский лишай и др., в патогенезе этих заболеваний давно установлена ведущая роль нервной системы и, в частности, сфер высшей нервно-психической деятельности (ВНПД) [2;3;4]. При этом предполагается возникновение патологического порочного круга, когда нарушения ВНПД способствуют развитию дерматоза и, наоборот, развитие дерматоза обуславливает появление вторичных изменений в сфере ВНПД [1], другими словами, присутствие кожных высыпаний и сопровождающих их субъективных расстройств способствует формированию нарушений нервно-психической деятельности, последние, в свою очередь, стимулируют усугубление патологического процесса в очагах кожного поражения [5;11].

Так, проведенное до начала лечения обследование 100 больных экземой [10] показало, что ни у одного из обследованных пациентов ранее не определялись отклонения ВНПД, и никто из них не состоял на учете у психоневролога, в то время как после установления диагноза заболевания и в процессе диспансерного наблюдения они отмечены у 9% пациентов [13]. Для установления наличия депрессивных расстройств авторами предполагается наличие двух симптомов первого ранга и трех любых симптомов второго ранга. К симптомам первого ранга были отнесены следующие: угнетенное настроение или настроение с преобладанием раздражительности, выраженное снижение интереса к удовольствиям от того, что происходит в течение дня; к симптомам второго ранга отнесены: потеря массы тела более чем на 5% со времени начала болезни, даже при повышении аппетита, бессонница или сонливость, повышенная жажда или снижение реакции, отсутствие или снижение активности. Такая методика диагностики депрессивных состояний с нашей точки зрения не является универсальной и мало пригодна для выявления маскированных депрессий.

Значительная часть депрессивных расстройств относится к маскированным депрессиям, под которыми понимают эндогенные депрессии, в клинической картине которых на первый план выступают соматические симптомы, а психосоматические проявления остаются в тени, то есть депрессивный эффект скрывается за разнообразными телесными ощущениями. Среди всего многообразия клинических проявлений маскированных депрессий для дерматологии особенно актуальны наиболее характерные и типичные: сенестопатические (алгические) расстройства, к числу которых относят и алгические симптомы при кожных заболеваниях, извращения чувствительности в виде кожного зуда временами мучительного («биопсирующего»),

жжения, покалывания, болезненности, боли и др. Кожные проявления и тактильные нарушения как маски депрессий проявляются у 1,1 % и 1,9 % пациентов соответственно [14]. К наиболее распространенным дерматологическим маскам депрессий относят приступы и обострения кожного зуда и экземы, атопического дерматита, нейродермита, псориаза, красного плоского лишая и других дерматозов [12].

Депрессивные маски разнообразны, что затрудняет и даже делает невозможным, в ряде случаев, выявление истинной причины расстройства. Поэтому, если при типичных депрессиях обращение к психиатру может затянуться до 7 месяцев, то при маскированных депрессиях — до 34 месяцев [14]. Дерматоз у таких пациентов приобретает хронический характер и может затягиваться на многие годы [8].

Цель исследования. Изучение эпидемиологии депрессивных состояний у больных некоторыми хроническими рецидивирующими дерматозами.

Объект и методы исследования. Для изучения распространенности депрессивных состояний у пациентов с дерматологическими заболеваниями были обследованы больные кожным зудом, атопическим дерматитом, нейродермитом, тяжелыми распространенными формами псориаза.

Методы исследования: клинический, экспериментально-психологический (шкала депрессии Гамильтона) [6]. С помощью шкалы депрессии Гамильтона выявлялись легкие (7-16 баллов), средней тяжести (17-27 баллов) и тяжелые (более 27 баллов) депрессивные состояния.

Наблюдали 8 больных различными формами кожного зуда (5 мужчин и 3 женщины в возрасте от 35 до 65 лет), последний чаще всего носил «пароксизмальный» характер, возникая в любое время суток. Интенсивность зуда была различной - от умеренно выраженного до значительного, вызывающего расстройство сна вплоть до бессонницы. В ряде случаев зуд вызывал снижение работоспособности пациента. У 6 больных зуд имел локализованный характер в области наружных половых органов, ануса, внутренней поверхности бедер; у 2 пациентов — универсальный. Диагноз кожного зуда исключал наличие в очагах первичных элементов, так же как и признаков других дерматозов, патологии внутренних органов и т. п. Отмечалось присутствие на коже различных вторичных элементов, при выраженном зуде — симптома «полированных» ногтевых пластинок. У одного пациента с генерализованным зудом при появлении явлений лихенификации в области локтевых сгибов, подколенных ямок, внутренней поверхности голени диагноз был изменен на нейродермит.

Обследовали 18 больных (12 мужчин и 6 женщин) атопическим дерматитом в возрасте от 17 до 44 лет, у всех пациентов процесс носил рецидивирующий характер с дебютом в раннем детстве и непродолжительными периодами ремиссии в летнее время. Клиническая картина заболевания была типичной для атопического дерматита и складывалась из разной степени выраженности очагов воспалительной эритемы, папулезной сыпи, шелушения, эскориаций, локализующихся в основном на лице и шее с переходом на верхнюю часть грудной клетки, в локтевых сгибах и подколенных ямках. У 7 пациентов отмечалась экзематизация в очагах кожного поражения с развитием везикуляций и мокнущих. У 4 больных процесс осложнился развитием вторичной пиодермии с появлением пустулезных элементов, увеличением регионарных лимфатических узлов. Интенсивность субъективных расстройств (чаще всего зуда, иногда жжения и боли) у 3 пациентов была умеренной, в остальных случаях они носили мучительный, изнуряющий пациента характер. Эти ощущения носили пароксизмальный характер, иногда присутствовали постоянно либо усиливались в ночное время, провоцируя бессонницу. Об интенсивности зуда свидетельствовала блестящая «полированная» поверхность ногтевых пластинок, кистей. В 16 случаях наблюдался разлитый белый дермографизм, у одного пациента — разлитый смешанный и у одного — уртикарный.

Вторую группу составили 46 больных (16 мужчин и 30 женщин) в возрасте от 16 до 58 лет ограниченным и диффузным нейродермитом. Наиболее часто отмечаемая локализация процесса при ограниченном нейродермите — задняя и боковая поверхности шеи, анально-генитальная область и внутренняя поверхность бедер,

межъягодичная складка, сгибательная поверхность крупных суставов. В клинической картине диффузного нейродермита преобладали инфильтрация с последующей лихенификацией на фоне эритемы неостровоспалительного характера. В 42 случаях отмечался стойкий белый дермографизм, выраженный пилomotorный рефлекс. У 22 больных отмечалось тяжелое течение дерматоза с редкими непродолжительными ремиссиями, частыми обострениями, интенсивным зудом, усиливающимся в ночное время или носящим приступообразный характер. У 24 человек течение нейродермита было средней тяжести: ремиссии были более продолжительными, обострения, как правило, сезонными (весной и осенью).

В третью группу входили 40 больных (27 мужчин и 13 женщин) с тяжелыми и осложненными формами псориаза. Возраст больных колебался от 27 до 55 лет. Продолжительность заболевания составляла от 1 года до 20 лет. Экссудативный псориаз диагностирован у 12 больных, артропатический, сочетающийся с распространенными крупнобляшечными элементами, — у 16, эритродермический — у 11. В одном случае наблюдалась распространенная пустулезная форма псориаза с поражением межфаланговых суставов кистей, онихолизисом и частичным разрушением дистальных фаланг кистей.

В результате исследования определена распространенность депрессивных состояний у больных.

Таблица.

Распространенность депрессивных состояний у больных

Группы больных	Распространенность депрессий							
	Легкие		средней тяжести		тяжелые		всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Кожный зуд	1	12,5	6	75	1	12,5	8	100
Атопический дерматит	3	16,7	2	11,1	1	5,5	6	33,3
Нейродермит	11	23,9	6	13	1	2,2	18	39,1
Псориаз	6	15	4	10	4	10	14	35

Сопоставление полученных данных и клинической картины дерматологического заболевания позволило выделить следующие критерии, способствующие выявлению депрессивных масок в дерматовенерологии: разнообразие соматических жалоб (телесных ощущений) и клинических проявлений нельзя уложить в симптоматику какого-либо определенного дерматологического заболевания; выявляется несоответствие между интенсивностью жалоб и бедностью объективных данных, топографическое несоответствие болезненных ощущений периферической иннервации; наличие цикличности в анамнезе и суточных колебаний выраженности кожных проявлений; трудности в описании ощущений и их крайне мучительный, необычный и мигрирующий характер, усиление их в ночное время и предрассветные часы; положительная реакция на терапию антидепрессантами и отсутствие эффекта от приема анальгетиков.

**Ключевые слова:** маскированная депрессия, дерматологическая практика.

#### Литература.

1. Аравийская Е. Р., Ванчакова Н. П., Соколовский Е. В. и др. Анализ показателей тревоги и самооценки у пациентов с приобретенным сифилисом // Заболевания передаваемые половым путем. — М.: Ассоциация «Санам», 1998, №2. — С. 15-18.
2. Бочарова О. А. Медіатори і модулятори запалення і сверблячки при нейродерміті // Дерматология. Косметология. Сексопатология. — 1999.- №2. — С. 68-70.
3. Глухенький Б. Т., Грандо С. А. Иммунозависимые дерматозы: экзема, атопический дерматит, истинная пузырчатка, пемфигоиды. — Киев: Здоровье, 1990. — 477с.

4. Логунов В. П., Базыка А. П., Федотов В. П., Лесницкий А. И. Психотропные препараты в терапии больных зудящими дерматозами // Дерматология и венерология: Респуб. межведомственный сборник.- Киев: Здоров'я, 1976. — Вып. 11.- С. 15-17.
5. Масленикова Л. В., Сухарева О. Р., Давыдова И. Р. Исследование вегетативного и психосоматического статуса детей, страдающих атопическим дерматитом // Вестник дерматологии и венерологии.- 1998.- №3. — С. 40-45.
6. Мосолов С. Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. — Санкт-Петербург, 1995. — 568 с.
7. Остришко В. В., Иванов О. Л., Новоселов В. С., Колесников Д. Б. Диагностика и коррекция пограничных психических расстройств у больных атопическим дерматитом. Часть 2 // Вестник дерматологии и венерологии, 1998, №3. — С. 40-42.
8. Сукиасян С. Г. Соматизированные психические расстройства как маскированные депрессии // Обозр. психиатрии и мед. психол. им. В.М.Бехтерева.- 1993.- №2. — С. 60-70.
9. Федоренко А. Е., Коляденко В. Г. Динамика психологической и соматической составляющих тревожности при поражениях мочеполовых органов у мужчин // Вестник дерматологии и венерологии.- 1991.-№ 10.- С. 47-49.
10. Федотов В. П., Мамон А. А., Горбунов В. В. и др. Комплексное лечение больных с дисгидротической экземой кистей с учетом нарушений психоэмоциональной сферы // Дерматология. Косметология. Сексопатология. - 1999.- №2. — С. 39-40.
11. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей в 4-х томах. Т. 2 / Под редакцией ак. Ю. К. Скрипкина. — М.: Медицина, 1995. — 544 с.
12. Fonsra A. Affective equivalents // Brit. J. Psychiat.- 1998. — Vol. 109, N461. — P. 464-469.
13. Gupta M. A., Gupta A. K., Ellis Ch. N. Antidepressant drug in dermatology // Arch. Dermatol.- 1987. — 123. — N5. — P. 647-652.
14. Serry D., Serry M. Masked depression and the use of antidepressants in general practice // Med. J. Aust.- 1999. — Vol. 1, N 7. — P. 334-338.

#### Summary.

S.V.Goncharov, E.V.Melnick.

#### OCCULT DEPRESSIONS IN DERMATOLOGY

They discuss the existing interaction between dermatological and depressive conditions, their atypical course and clinical polymorphisms.

УДК 616.521:617.576:618,8]-085

С. В. Гончаров, Э. В. Мельник

#### ПРИМЕНЕНИЕ АНТИДЕПРЕССАНТОВ В ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Одесский государственный медицинский университет

#### Введение

По данным ряда исследований, в этиологии дерматологических заболеваний, особенно затяжных и терапевтически резистентных форм, существенную роль играют депрессивные состояния [3]. Депрессия и тревога также часто лежат в основе столь широко описываемых сегодня психосоматических расстройств [1, 4]. В современных классификациях психических заболеваний МКБ-10 и DSM-IV психосоматические расстройства называются соматоформными и рассматриваются в отдельной рубрике (F45). Под соматоформными расстройствами понимается повторяющееся возникновение физических симптомов, заставляющих предположить соматическое заболевание, которое не подтверждается объективными данными медицинского обследования. Если