
**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

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

физические расстройства и присутствуют, то они не объясняют природу и выраженность симптоматики, а также страдания и озабоченности больного [6, 8]. Самыми распространенными среди сомато-формных расстройств являются аномальные кожные ощущения (зуд, жжение, покалывание, онемение, болезненность и т. д.) [2]. В наибольшей степени соматоформным дерматологическим нарушениям подвержены лица, испытывающие воздействие комплекса неблагоприятных факторов, влияющих одновременно и на состояние нервно-психической деятельности, и на кожные покровы, в частности работники морского транспорта. Условия труда этой категории специалистов отличаются существенным превышением санитарных норм по шуму, вибрации, электромагнитным, инфракрасным излучениям, частой сменой часовых поясов и метеоклиматических зон, изменениями режимов труда и отдыха, круглосуточном вынужденном пребыванием в ограниченной зоне судовых помещений, высоким нервно-психическим и эмоциональным напряжением и др. Относительная кратковременность пребывания на берегу требует разработки для таких категорий больных интенсивных эффективных методов лечения, в том числе требующих применения антидепрессантов. Однако наблюдающаяся сегодня недостаточная подготовка врачей-дерматологов в области клинической психиатрии не способствует своевременной диагностике и адекватному лечению депрессивных расстройств, вследствие чего кожные заболевания приобретают хроническое течение и терапевтическую резистентность [7].

Цель исследования. Изучение эффективности включения в терапевтическую схему антидепрессантов у больных с хроническими рецидивирующими дерматозами.

Объект и методы исследования. Для оптимизации существующих в дерматологии терапевтических схем были обследованы больные кожным зудом, атопическим дерматитом, нейродермитом, распространенными формами псориаза.

Методы исследования: клинический, экспериментально-психологический (шкала депрессии Гамильтона) [5]. С помощью шкалы депрессии Гамильтона выявлялись легкие (7-16 баллов), средней тяжести (17-27 баллов) и тяжелые (более 27 баллов) депрессивные состояния.

Наблюдали 12 больных различными формами кожного зуда (8 мужчин и 4 женщины в возрасте от 35 до 70 лет), последний чаще всего носил «пароксизмальный» характер, возникая в любое время суток. Интенсивность зуда была различной от умеренно выраженного до значительного, вызывающего расстройства сна вплоть до бессонницы. В ряде случаев зуд вызывал снижение работоспособности пациента. У 9 больных зуд имел локализованный характер в области наружных половых органов, ануса, внутренней поверхности бедер; у 3 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» ногтей пластинок.

Обследовали 28 больных (17 мужчин и 11 женщин) атопическим дерматитом в возрасте от 14 до 50 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 мокнутия. У 9 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 5 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 21 случае наблюдался разлитый белый дермографизм, у 5 пациентов — разлитый смешанный и у 2 — уртикарный.

Вторую группу составили 56 больных (26 мужчин и 30 женщин) в возрасте от 16 до 65 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 49 случаях отмечался стойкий белый дермографизм, выраженный пилomotorный рефлекс. У 27 больных отмечалось тяжелое течение дерматоза с редкими непродолжительными ремиссиями, частыми обострениями, интенсивным зудом, усиливающимся в ночное время или носящим приступообразный характер. У 29 человек течение нейродермита было средней тяжести: ремиссии были более продолжительными, обострения, как правило, сезонными (весной и осенью).

В третью группу входили 60 больных (37 мужчин и 23 женщины) с распространенными и осложненными формами псориаза. Возраст больных колебался от 18 до 65 лет. Продолжительность заболевания составляла от 3 месяцев до 20 лет. Экссудативный псориаз диагностирован у 12 больных, артропатический, сочетающийся с распространенными крупнобляшечными элементами — у 16, эритродермический — у 11. В остальных случаях отмечена вульгарная форма псориаза с рассеянными высыпаниями.

Обследование пациентов клиническим методом и с помощью шкалы Гамильтона позволило установить наличие депрессии легкой степени у 45,2% больных, средней тяжести — у 42,9% и тяжелых — у 11,9%. В соответствии с целью исследования больные были разделены на 2 группы: 1 группа — пациенты с депрессией средней тяжести и тяжелой - 30 (60,0%), 2 группа — 20 (40,0%) пациентов.

Пациенты обеих групп (1, 2) получали традиционное комплексное лечение с учетом клинической формы дерматоза и характера течения кожного процесса в каждом конкретном случае. Мы стремились к рациональному сочетанию общей и наружной терапии.

Терапевтический комплекс включал антигистаминные, седативные средства (бромиды, валериану, новапассит), препараты кальция, - последние назначались при преобладании тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. Широко назначались дезинтоксикационные средства: неогемодез, растворы гипосульфита натрия, унитиола, энтеросгель или мультисорб.

Обязательно рекомендовались витамины группы «В», А, Е, РР; при хроническом течении процесса и в стадии разрешения очагов кожного поражения — биогенные стимуляторы.

С учетом данных иммунологического обследования назначались иммуномодуляторы: амиксин, циклоферон, Т-активин (тималин), пирогенал и др. При осложнении кожного процесса в результате расчесов или вторичной пиодермии применялись антибиотики, чаще макролидного, тетрациклинового или цефалоспоринового рядов.

При интенсивном приступообразном «биопсирующем» зуде использовали Н-холинолитик ганглерон внутрь.

В случаях с выраженным спазмом периферических сосудов использовали стугерон до 25 мг 3 раза в сутки.

Отмечен хороший терапевтический эффект при применении цитостатика имурана (азатиоприна) в дозировке 0,05 1-2 раза в сутки в течение 14-30 дней при выраженных пролиферативных процессах.

В тяжелых случаях течения заболевания и при отсутствии противопоказаний применялись глюкокортикоиды в средних суточных дозировках от 20 до 40 мг.

Для наружного лечения в стадии выраженной экссудации и мокнутия использовались примочки, влажно-высыхающие повязки, согревающие компрессы из растворов борной кислоты, танина, галаскорбина, фурацилина, жидкости д'Алибура; затем назначали эпителизирующие и кератопластические мази, содержащие дерматол, нафталан, серу, деготь березовый, ихтиол, жидкость АСД (фр. III), а также мази и кремы с добавлением глюкокортикоидных гормонов, антибактериальных средств и т. п.: дермовеит, элоком, лакоид, мирамистин, тридерм, триместин, псориаден, псоркутан и др.

Из физиотерапевтических средств рекомендовали сероводородные, радоновые ванны, облучения ультрафиолетовыми лучами в субэритемных дозах интегральной ртутно-кварцевой лампой, а также селективную фототерапию. В целях профилактики рецидивов и удлинения достигнутой ремиссии рекомендовали рациональную диету и гигиенический режим, санацию фокальной хронической инфекции, исключение пищевых, лекарственных, бытовых аллергенов.

У пациентов 1 группы к общепринятой терапии был добавлен малый антидепрессант миансерин. Профиль психотропной активности препарата состоит из сочетания тимоаналептического и седативного эффектов, поэтому он четко относится к группе антидепрессантов-седатиков. При применении миансерина в первую очередь ослабевают такие проявления как тревога, чувство внутреннего напряжения, быстро купируются расстройства сна [9, 10]. Особенностью клинического действия миансерина является относительная быстрота наступления эффекта. По данным литературы, хорошие результаты достигаются при применении миансерина у амбулаторных депрессивных больных с сомато-вегетативными нарушениями, а также при чисто маскированных соматизированных депрессиях [11]. Миансерин применялся в суточной дозе 90 мг (по 1 таблетке 30 мг 3 раза в день). Ни в одном случае побочных явлений не отмечалось. Видимые изменения в клинических проявлениях у всех пациентов обнаруживались на 1-2 неделе терапии. Длительность лечения составила 2-3 месяца. Сравнительная эффективность терапии в исследуемых группах через 2 недели от начала лечения представлена в таблице.

Таблица

Эффективность комбинированной терапии с применением миансерина у больных дерматологическими заболеваниями

Эффективность Терапии	Группы больных				Достоверность различия (p)
	Основная (n=30)		контрольная (n=20)		
	абс.	%	абс.	%	
Выраженное улучшение	13	43,3+9,0	3	15,0+10,2	p < 0,05
Улучшение	15	50,0+9,1	8	40,0+11,1	p > 0,05
Без перемен	2	3,6+4,5	9	45,0+10,2	p < 0,05
Ухудшение	-	-	-	-	-

Как следует из приведенных данных, включение миансерина в терапевтическую схему достоверно увеличивает количество больных с выраженным улучшением состояния и уменьшает количество терапевтически резистентных пациентов.

Таким образом, наличие у больных с дерматологическими заболеваниями депрессивной симптоматики по данным клинического наблюдения и шкалы Гамильтона требует включения в терапевтическую схему антидепрессантов, что достоверно увеличивает эффективность терапии.

Ключевые слова: дерматологические заболевания, депрессии, антидепрессант.

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. — Ассоциация «Санам», 1998.- №2. — С. 15-18.
2. Масленникова 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.
3. Мосолов С. Н. Клиническое применение современных анти-депрессантов. — Санкт-Петербург, 1995. — 568 с.
4. 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.
5. Сукиасян С. Г. Соматизированные психические расстройства как маскированные депрессии // Обозр. психиатрии и мед. психол. им. В.М.Бехтерева, 1993 (2). — С. 60-70.
6. 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.
7. 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. Научно-практический журнал, 1999, №2. — С. 39-40.
8. Fonsca A. Affective equivalents // Brit. J. Psychiat., 1998. — Vol. 109, N461. — P. 464-469.
9. Gupta M. A., Gupta A. K., Ellis Ch. N. Antidepressant drug in dermatology // Arch. Dermatol., 1987. — 123. — N5. — P. 647-652.
10. 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.
11. Van Moffaert M. Treatment of depressive anxiety states associated with psychosomatic symptoms // Acta psychiatr. belg.- 1999.- Vol.99.- P.223-231.

Summary.

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

USE OF ANTIDEPRESSIVE DRUGS IN DERMATOLOGY

The authors examine the existence of depressions among the patients with different cutaneous diseases and recommend the administration of antidepressants in complex therapy which considerably improves the outcomes of the main disease.

УДК 613.647 (088.8)+615.851 (088.8)

О.В.Горошков

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИМПТОМОВ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ, АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА И АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ У ШКОЛЬНИКОВ ОДЕССКОГО РЕГИОНА ПО ДАННЫМ ПРОГРАММЫ ISAAC 1999-2000 г.г.

Одесский государственный медицинский университет (Украина)

Введение

Аллергические заболевания, в частности бронхиальная астма (БА), являются одной из наиболее актуальных проблем современной педиатрии. По мнению большинства отечественных и зарубежных исследователей [2,4,5] это связано с высоким уровнем ее распространенности, учащением тяжелых клинических проявлений, вплоть до инвалидизации и смертельных исходов, значительным ухудшением экологической обстановки, снижением уровня и качества жизни.