

Сучасні аспекти застосування психофармакотерапії у хворих на поширений псоріаз

В. П. Матюшенко¹, А. М. Біловол²

¹ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України»

²Харківський національний медичний університет

Резюме

Мета роботи: оптимізація терапії хворих на поширений псоріаз шляхом застосування комплексного методу, що охоплює психофармакотерапію.

Матеріали і методи. Під спостереженням перебували 163 хворих на псоріаз у стадії загострення віком від 18 до 74 років, з яких чоловіків було 88 (53,9%), жінок – 74 (46,1%). Усі пацієнти проходили комплексне клініко-лабораторне обстеження згідно з протоколами. Для визначення психоемоційного стану всі хворі на псоріаз проходили патопсихологічне обстеження: визначення рівня реактивної тривоги (РТ) за шкалою Спілберґера–Ханіна. Пацієнти із середнім і високим рівнями РТ були розподілені на дві групи. Першу терапевтичну групу (I група, 74 особи) становили хворі, які окрім традиційної терапії отримували препарат анксиолітичної дії мебикар. Терапевтичну групу порівняння (II група, 72 особи) формували хворі, які отримували лише традиційну терапію.

Результати. Було встановлено, що середній бал РТ серед усіх хворих становив ($50,9 \pm 0,8$), що відповідало високому її рівню. Більшість пацієнтів (85–52,2%) мали високий рівень РТ. Наприкінці курсу терапії розробленим методом у пацієнтів I групи відбулося статистично значуще зменшення рівня РТ у 1,4 раза і зниження середнього балу до ($35,2 \pm 0,4$) бала. Натомість, у пацієнтів II групи рівень РТ також знизився, але лише в 1,1 раза ($p < 0,05$), і середній бал був достовірно вищим, порівняно з показником у I групі, в 1,3 раза. У пацієнтів I групи поліпшення клінічних проявів псоріазу (PASI50) спостерігали в середньому на ($10,3 \pm 0,1$) дня лікування. Аналогічного результату у хворих II групи було досягнуто лише на ($15,5 \pm 0,2$) дня, що достовірно пізніше, ніж у I групі. Отже, призначення диференційованої психофармакотерапії сприяло більш ранньому регресу клінічних проявів.

Висновки. Встановлено, що переважна більшість хворих на псоріаз мала високий рівень РТ, що потрібно враховувати при призначенні комплексної терапії. Призначення психофармакотерапії сприяло нормалізації психоемоційного стану і більш ранньому регресу клінічних проявів (стан PASI50 було досягнуто на ($10,3 \pm 0,1$) дня лікування, що на 5,2 дня менше, ніж у хворих, які отримували лише традиційну терапію).

Ключові слова: псоріаз, реактивна тривожність, психофармакотерапія, PASI.

DOI: 10.33743/2308-1066-2021-4-16-19

Вступ

Псоріаз нерідко відносять до так званих хвороб цивілізації, він є однією з найважчих хвороб шкіри, поширеність якої у різних регіонах світу становить від 0,09 до 11,4%, а за даними низки досліджень, у розвинених країнах цей показник досягає в середньому 4,6% [13, 14]. Нині в сучасній дерматології спостерігається розвиток психосоматичного підходу, згідно з яким людину розглядають як єдність її біологічної і психічної складових. Відзначено зростання кількості даних щодо патогенетичних взаємозв'язків між дерматологічними і психічними розладами і правомірності віднесення низки шкірних захворювань до психосоматичних [17].

Лікування псоріазу досі залишається актуальним і складним завданням практичної дерматології, що пояснюється відсутністю встановленої етіології захворювання, недостатньою вивченістю ланок патогенезу, наявністю шкірного і суглобового синдромів, коморбідністю захворювання [1, 7]. Оцінка психічного стану є однією з обов'язкових умов діагностики псоріазу. У деяких випадках відзначено, що симптоми псоріазу можуть повністю зникати без місцевого лікування при

поліпшенні психічного стану хворого в процесі терапії психотропними засобами [6].

Вплив стану шкіри на стан психіки значною мірою залежить від індивідуальних особливостей пацієнтів, сприйнятливості і вразливості психіки: деякі починають переживати через незначне почервоніння шкіри, інші зберігають позитивний настрій навіть у разі діагностування шкірного захворювання [15, 20]. До особистісних відмінних рис хворих на псоріаз можна віднести нестійку емоційність, підвищену тривожність, іпохондрію і недовірливість, конфліктність, алекситимію (складність розпізнавання й означення власних емоцій), що призводить до значної психологічної дезадаптації і порушень міжособистісних відносин, а згодом і до певної соціальної ізоляції [9, 16]. Гостре сприйняття образи і почуття неповноцінності є прогностичними чинниками розвитку тривожності в пацієнтів із псоріазом [12].

Багато авторів на підставі виявлених психоемоційних порушень вважали за необхідне додавати до комплексної терапії псоріазу седативні препарати [10, 19]. Однак, незважаючи на численні дослідження, психофармакологічний і психотерапевтичний аспекти лікування хворих

на псоріаз практично не розроблені. Наявність у клінічній картині хворих на псоріаз тривожних розладів потребує додаткового призначення психотропних препаратів [18]. Дані наукової літератури свідчать про зменшення симптомів тривоги у хворих на псоріаз при проведенні комплексного (із застосуванням селективних анкіолітиків) лікування у порівнянні з традиційною терапією. На думку авторів, таке комплексне лікування ефективніше, що позначається на якості життя хворих [11, 15].

У публікаціях автори зазначають ефективність застосування в лікуванні психічних порушень при псоріазі різних нейротропних препаратів, які показали свою ефективність, але при тривалому їх застосуванні розвивалося звикання і різні побічні ефекти, такі як млявість і сонливість [4, 16].

Висока частота різноманітних психоемоційних розладів і їх хронічний характер у поєднанні з хронічним рецидивним перебігом псоріазу, що спостерігалось в досліджуваних, диктує необхідність розробки диференційованого методу корекції виявлених розладів.

Як показує досвід надання спеціалізованої допомоги хворим на дерматози і коморбідні психічні розлади, накопичений іншими дослідниками, психофармакотерапія може з успіхом проводитися в умовах дерматологічної клініки власне лікарем-дерматологом [2].

Мета роботи – оптимізація терапії хворих на поширений псоріаз шляхом застосування комплексного методу, що охоплює психофармакотерапію.

Матеріали і методи дослідження

Під спостереженням перебували 163 хворих на псоріаз у стадії загострення віком від 18 до 74 років, з яких 89 пацієнтів із вульгарним псоріазом і 74 хворих на тяжкі форми псоріазу, що знаходилися на стаціонарному лікуванні у відділенні дерматології ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України». За гендерним складом у дослідженні взяли участь 129 (55,1%) чоловіків і 105 (44,9%) жінок. Давність захворювання варіювала від 6 міс до 25 років і більше. Усі пацієнти проходили комплексне клініко-лабораторне обстеження згідно з протоколами, не мали психічних захворювань і не вживали психоактивні препарати протягом останнього місяця.

Для визначення психоемоційного стану всім хворим на псоріаз проводили патопсихологічне обстеження. Рівень реактивної тривожності (РТ) визначали за шкалою Спілбергера–Ханіна, яка натеper є надійним і інформативним інструментом самооцінки РТ [8].

Окрім традиційної терапії хворі отримували препарат анкіолітичної дії мебікар по 1000 мг на добу при середньому рівні РТ або по 1500 мг на добу при високому рівні РТ протягом 30 днів. Групи пацієнтів були репрезентативними за статтю, віком, вихідними клініко-лабораторними показниками. Пацієнти з низьким рівнем РТ не отримували будь-яку психофармакотерапію, і їм було рекомендовано консультацію у психотерапевта.

Під час статистичної обробки обчислювали значення середньої арифметичної (M), середнього квадратичного відхилення (σ), похибки середньої арифметичної (m). За допомогою t -критерію Ст'юдента–Фішера визначали достовірність різниці (p) порівнюваних групових середніх. Усі порівняння проводили за довірчої вірогідності $p=95\%$, отже в разі отримання обчисленого рівня значущості критеріальної статистики $<0,05$ різниця між групами вважалася значущою [3].

Результати та їх обговорення

Згідно з проведеними дослідженнями рівня РТ, 85 (52,2%) пацієнтів мали високий рівень РТ, 61 (37,4%) – помірний і 17 (10,4%) – низький. Середній бал РТ серед усіх 163 хворих становив ($50,9 \pm 0,8$), що відповідало високому рівню. Таким чином, більшість хворих мали високий рівень РТ, що потрібно враховувати при призначенні комплексної терапії.

Серед усіх хворих середній бал РТ у пацієнтів із вульгарним псоріазом становив ($50,21 \pm 1,10$), у разі псоріатичної артропатії – ($51,65 \pm 1,32$) ($p > 0,05$). Отже, не було встановлено достовірної різниці між наявністю і вираженістю РТ і формою псоріазу.

Пацієнти з асоційованими тривожними порушеннями скаржилися на відчуття втоми, виснаження й дратівливість, також відмічали майже постійне відчуття напруги або занепокоєння, напади гніву або страху, що інколи переходили в сльозливість. Також зазначали вегетативні симптоми тривожних порушень. Хворих непокоїли зниження пам'яті, концентрації уваги, серцебиття, пітливість, відчуття задухи. Пацієнти мали скарги прета інтрасомічного характеру, переважно пов'язані із соматичною хворобою.

Наявність у клінічній картині хворих на псоріаз тривожних розладів потребує призначення анкіолітичних препаратів додатково до терапії дерматотропними засобами. Для лікування тривожних станів традиційно використовують похідні бензодіазепіну. Однак їх застосування може супроводжуватися цілою низкою небажаних ефектів: від симптомів поведінкової токсичності (денна сонливість, сповільнення когнітивних процесів, зниження гостроти реакції, уваги і пам'яті) до розвитку звикання. Крім того, бензодіазепінові анкіолітики можуть взаємодіяти із соматотропними препаратами (антигістамінними та ін.) і призводити до посилення небажаних ефектів [5].

Для оцінки комплексного методу лікування хворих на псоріаз у стадії загострення з асоційованими афективними розладами досліджені були розподілені на дві групи. Першу терапевтичну групу (І група, 73 особи) становили хворі із середнім і високим рівнями РТ, які окрім традиційної терапії отримували препарат анкіолітичної дії мебікар по 1000 мг на добу при середньому рівні РТ або по 1500 мг на добу при високому рівні РТ протягом 30 днів. У цій групі чоловіків було 41, жінок – 33, середній вік становив ($43,4 \pm 1,8$) року.

Мебікар знижує відчуття тривоги, неспокою, зменшує дратівливість, чинить м'яку седативну дію; не має міорелаксуючої дії і не порушує координацію, що істотно відрізняє його від транквілізаторів бензодіазепінового ряду. Препарат впливає на структуру лімбіко-ретиккулярної активності, особливо на емоційну зону гіпоталамуса, а також на всі чотири основні системи нейромедіаторів – ГАМК, холін, серотонін і адренергічну активність; підвищує рівень серотоніну в мозку і не виявляє холінолітичної дії. Мебікар покращує якість сну, полегшуючи процес засинання, нормалізує структуру сну і знижує частоту тривожних сновидінь, при цьому не чинить прямої снодійної дії і не спричинює денної сонливості, що дало змогу віднести препарат до розряду «денних» транквілізаторів.

Додатковими ефектами мебікару є його модулювальний вплив на ліпідний обмін, обумовлений здатністю змінювати співвідношення ліпопротеїдів високої і низької щільності, що сприяє зниженню концентрації

холестерину в крові, а також здатність покращувати трофіку міокарда за рахунок посилення коронарного кровотоку, зниження в'язкості крові і внутрішньосудинної агрегації еритроцитів. Це має велике значення у хворих на псоріаз із супутньою патологією серцево-судинної та гепатобілярної систем. Мебікар не призводить до ейфорії та звикання.

Терапевтичну групу порівняння (II група, 72 особи) формували хворі з високим і помірним рівнями РТ, які отримували лише традиційну терапію, до якої не входили препарати психофармакологічної дії. У цій групі чоловіків було 39, жінок – 33, середній вік становив (44,6 ± 1,6) року.

Отже, за статтю і віком терапевтичні групи статистично не відрізнялися між собою.

У результаті обстеження пацієнтів із застосуванням клінічних і психопатологічних методів були отримані такі результати.

До лікування за рівнем РТ за шкалою Спілбергер–Ханіна хворі I і II терапевтичних груп статистично не відрізнялися між собою ([49,3 ± 1,2]; [49,8 ± 1,3] бала, $p > 0,05$). Наприкінці курсу терапії розробленим методом у пацієнтів I групи відбулося статистично значуще зменшення рівня РТ у 1,4 раза до (35,2 ± 0,4) бала. У пацієнтів I групи спостерігали суттєве зменшення або зникнення супутніх тривожних розладів (тривожність, дратівливість, очікування найгіршого, напруга, страхи різного змісту і вегето-судинні розлади).

Натомість, у пацієнтів II групи рівень РТ також знизився в 1,1 раза ($p < 0,05$), але залишився в межах високого рівня ([45,6 ± 1,2] бала) і був достовірно вищим, порівняно з показником у I групі, в 1,3 раза.

У всіх хворих I групи рівень РТ став помірним (до лікування у 43 (58,1%) осіб спостерігався високий рівень РТ), тоді як серед хворих II групи, незважаючи на традиційну седативну терапію, у 26 (36,1%) осіб рівень РТ залишився високим (до лікування він спостерігався у 42 (58,3%) осіб).

Отже, у I групі після лікування в усіх пацієнтів рівень РТ був помірним, тоді як у II групі – залишився

високим, наблизившись до нижньої межі діапазону, що відповідає високому рівню. У хворих групи порівняння залишилися порушення сну, підвищена збудливість, зниження або підвищення апетиту і ваги, негативні думки, занепокоєння майбутнім.

Ефективність лікування хворих на псоріаз також оцінювали за швидкістю і повнотою регресії шкірних висипань (PASI). У пацієнтів I групи спостерігали поліпшення клінічних проявів псоріазу (PASI50) у середньому на (10,3 ± 0,1) дня лікування. У вогнищах ураження зберігалася помірно виражена еритема, інфільтрація, у деяких осередках відмічалось незначне лущення, незначна кількість бляшок перейшла в стадію регресу. Аналогічного результату в 70 (97,3%) хворих II групи було досягнуто лише на (15,5 ± 0,2) дня, що достовірно пізніше, ніж у I групі. Отже, призначення диференційованої психофармакотерапії сприяло більш ранньому регресу клінічних проявів.

Висновки

Для оптимізації комплексної терапії хворі на псоріаз потребують більш ретельного патофизиологічного обстеження за допомогою відповідних шкал з метою виявлення психосоматичних порушень. Встановлено, що переважна більшість хворих на псоріаз мала високий рівень РТ – 85 (52,2%), що потребує призначення додаткової психофармакотерапії.

У хворих на псоріаз з асоційованими тривожними порушеннями окрім базової терапії слід застосовувати препарат анксиолітичної дії, який виявляє м'яку та ефективну седативну дію, не чинить прямої снодійної дії. Комплексний метод терапії хворих на псоріаз, який окрім базової терапії охоплює призначення мебікару, сприяв зменшенню рівня РТ у 1,4 раза.

Призначення диференційованої психофармакотерапії сприяло більш ранньому регресу клінічних проявів (стан PASI50 було досягнуто на (10,3 ± 0,1) дня лікування, що на 5,2 дня менше, ніж у хворих, які отримували лише традиційну терапію).

Література

1. Гаврилюк А.А. Современные аспекты патогенеза и терапии псориаза. Актуальные проблемы современной медицины: Вісник Української медичної стоматологічної академії. 2015. Т. 15. № 3, ч. 2. С. 300–306.
2. Дорошенко І.Ю., Львов А.Н., Бобко С.И. Современные аспекты применения психотропных препаратов в дерматологической практике. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2011. № 1. С. 20–24.
3. Кобзарь А.И. Прикладная математическая статистика. Для инженеров и научных работников. М.: Физматлит, 2012. 816 с.
4. Лопандина А.А. Показатели мелатонина и сосудистого эндотелиального фактора роста (VEGF) у больных псориазом с нарушением сна. Международный медицинский журнал. 2018. Т. 24. № 4 (96). С. 81–84.
5. Медведев В.Э., Троснова А.П., Добровольский А.В. Психотерапия тревожных расстройств у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями: применение афобазола. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2007. № 7. С. 25–29.
6. Новицкая Н.Н. Психотерапия в лечении больных псориазом. Косметика и медицина. 2015. № 4. С. 46–49.
7. Олисова О.Ю., Теплюк Н.П., Пенегин В.Б. Современные методы лечения псориаза. Русский медицинский журнал. 2015. № 9. С. 481–483.
8. Практична психосоматика: діагностичні шкали / О.С. Чабан, О.О. Хаустова, А.А. Асанова та ін. К.: Медкнига. 2019. 112 с.
9. Прокопчук І. Неадекватне ставлення до хвороби як чинник, що спричиняє порушення соціалізації особистості у хворих на псоріаз. Вісник Київського національного університету ім. Тараса Шевченка. Психологія. 2014. № 1. С. 62–65.
10. Психодерматологія: молекулярна общность псоріазу і тривожного розладу / В.В. Соболев, А.В. Третяков, О.И. Рудько і др. Эффективная фармакотерапия. 2017. Т. 2, № 15. С. 10–14.
11. Разумная Ф.Г., Зарудий Ф.С., Капулер О.М. Психосоциальные факторы в этиологии и патогенезе псоріазу. Материалы VII международной научно-практической конференции. Медицина: актуальные вопросы и тенденции развития. Уфа, 2016. С. 3–8.
12. Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence / R. Parisi, D.P. Symmons, C.E. Griffiths, D.M. Ashcroft. J Invest Dermatol. 2013. Vol. 133, Iss. 2. P. 377–385.
13. Global report on psoriasis. Geneva: WHO, 2016. 48 p.
14. Is the prevalence of psoriasis increasing? A 30-year follow-up of a population-based cohort / K. Danielsen, A.O. Olsen, T. Wilsgaard, A.S. Furberg. Br J Dermatol. 2013. Vol. 168. P. 1303–1310.
15. Psychodermatology: a review / R. Vora, G. Anjaneyan, N. Diwan, R. Singhal. Int. J. Med. Sci. Dent. Health. 2015. Vol. 1, Iss. 3. P. 89–103.
16. Psychological and biological background of the correlation between psoriasis and stress / L.J. Kálmán, K. Gondó, L. Kemény et al. Orv Hetil. 2014. Vol. 155, Iss. 24. P. 939–948.

References

1. Havriuliuk AA. Sovremennye aspekty patogeneza i terapii psoriaza [Modern aspects of the pathogenesis and therapy of psoriasis]. Aktualni problemy suchasnoi medytyny: Visnyk Ukrainkoi medychnoi stomatolohichnoi akademii. 2015;15(3, 2):300–306.
2. Dorozhenok IYu, L'vov AN, Bobko SI. Sovremennye aspekty primeneniya psichotropnykh preparatov v dermatologicheskoy praktike [Modern aspects of the use of psychotropic drugs in dermatological practice]. Rossijskij zhurnal kozhnykh i venericheskikh boleznej. 2011;1:20–24.
3. Kobzar' AI. Prikladnaya matematicheskaya statistika. Dlya inzhenerov i nauchnykh rabotnikov [Applied mathematical statistics. For engineers and scientists]. M.: Fizmatlit; 2012. 816 p.
4. Lopandina AA. Pokazateli melatonina i sosisidstogo endotelial'nogo faktora rosta (VEGF) u bol'nykh psoriazom s narusheniem sna [Melatonin and vascular endothelial growth factor (VEGF) parameters in psoriasis patients with sleep disorders]. Mezhdunarodnyj medicinskij zhurnal. 2018;24(4):81–84.
5. Medvedev VE, Trosnova AP, Dobrovolskij AV. Psichofarmakoterapiya trevoznykh rasstrojstv u bol'nykh s serdечно-sosudistymi zabolevaniyami: primeneniye afobazola [Psychotherapy of anxiety disorders in patients with cardiovascular diseases: the use of afobazole]. Zhurnal nevrologii i psichiatrii im. S.S. Korsakova. 2007;7:25–29.
6. Novitskaya NN. Psichoterapiya v lechenii bol'nykh psoriazom [Psychotherapy in the treatment of patients with psoriasis]. Kosmetika i medicina. 2015;4:46–49.
7. Olsiva OYu, Teplyuk NP, Penegin VB. Sovremennye metody lecheniya psoriaza [Modern methods of treatment of psoriasis]. Russkij medicinskij zhurnal. 2015;9:481–483.
8. Chaban OS, Khaustova OO, Asanova AA, et al. Praktichna psichosomatika: diahnostychni shkaly [Practical psychosomatics: diagnostic scales]. K.: Medknyha; 2019. 112 p.
9. Prokopchuk I. Neadekvatne stavlennia do khvoroby yak chynnyk, shcho sprychyniaie porushennia sotsializatsii osobystosti u khvorykh na psoriaz [Inadequate attitude to the disease as a factor that causes impaired socialization of the individual in patients with psoriasis]. Visnyk Kyivskoho natsionalnoho universytetu im. Tarasa Shevchenka. Psykhoholohia. 2014;1:62–65.
10. Sobolev VV, Tret'yakov AV, Rud'ko OI, et al. Psichodermatologiya: molekulyarnaya obshchnost' psoriaza i trevoznoho rasstrojstva [Psychodermatology: Molecular Commonality of Psoriasis and Anxiety Disorder]. Effektivnaya farmakoterapiya. 2017;2(15):10–14.
11. Razumnaya FG, Zarudiy FS, Kapuler OM. Psichosotsialnyye faktory v etiologii i patogeneze psoriaza [Psychoemotional factors in the etiology and pathogenesis of psoriasis]. Materialy VII mezhdunarodnoj nauchno-prakticheskoy konferencii. Medicina: aktual'nye voprosy i tendencii razvitiya. Ufa, 2016: 3–8.
12. Parisi R, Symmons DP, Griffiths CE, Ashcroft DM. Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence. J Invest Dermatol. 2013;133(2):377–385.
13. Global report on psoriasis. Geneva, WHO, 2016; 48 p.
14. Danielsen K, Olsen AO, Wilsgaard T, Furberg AS. Is the prevalence of psoriasis increasing? A 30-year follow-up of a population-based cohort. Br J Dermatol. 2013;168:1303–1310.
15. Vora R, Anjaneyan G, Diwan N, Singhal R. Psychodermatology: a review. Int. J. Med. Sci. Dent. Health. 2015;1(3):89–103.

17. Rivers J. Why psychodermatology is gaining ground. J. Cutan Med. Surg. 2013. Vol. 17, Iss. 1. P. 1–4.
 18. Šitum M., Kolić M., Buljan M. Psychodermatology. Acta Med Croatica. 2016. Vol. 70, Iss. 1. P. 35–38.
 19. Smith J., Cline A., Feldman S.R. Advances in Psoriasis. South Med J. 2017. Vol. 110, Iss. 1. P. 65–75.
 20. The psychosocial impact of acne, vitiligo, and psoriasis: a review / C.M. Nguyen, K. Beroukhi, M.J. Danesh et al. Clin. Cosmet. Investig. Dermatol. 2016. Vol. 9. P. 383–392.

16. Kálmán L.J., Gonda X., Kemény L., et al. Psychological and biological background of the correlation between psoriasis and stress. Orv Hetil. 2014;155(24):939–948.
 17. Rivers J. Why psychodermatology is gaining ground. J. Cutan Med. Surg. 2013;17(1):1–4.
 18. Šitum M., Kolić M., Buljan M. Psychodermatology. Acta Med Croatica. 2016;70(1):35–38.
 19. Smith J., Cline A., Feldman S.R. Advances in Psoriasis. South Med J. 2017;110(1):65–75.
 20. Nguyen CM, Beroukhi K, Danesh MJ, et al. The psychosocial impact of acne, vitiligo, and psoriasis: a review. Clin. Cosmet. Investig. Dermatol. 2016;9:383–392.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПСОРИАЗОМ

В.П. Матюшенко¹, А.М. Беловол²

¹ ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины»

² Харьковский национальный медицинский университет

Резюме

Цель работы: оптимизация терапии больных распространенным псориазом путем применения комплексного метода, включающего психофармакотерапию.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 163 больных псориазом в стадии обострения в возрасте от 18 до 74 лет, из которых мужчин было 88 (53,9%), женщин – 74 (46,1%). Всем пациентам проводили комплексное клинико-лабораторное обследование согласно протоколам. Для определения психоэмоционального состояния всем больным псориазом проводили патопсихологическое обследование: определение уровня реактивной тревоги (РТ) по шкале Спилбергера–Ханина. Пациенты со средним и высоким уровнями РТ были распределены на две группы. Первую терапевтическую группу (I группа, 74 человека) составляли больные, получавшие помимо традиционной терапии препарат анксиолитического действия мексикар. Терапевтическую группу сравнения (II группа, 72 человека) сформировали больные, получавшие только традиционную терапию.

Результаты. Было установлено, что средний балл РТ среди всех больных составил (50,9 ± 0,8), что соответствовало высокому уровню. Большинство пациентов (85–52,2%) имели высокий уровень РТ. В конце курса терапии разработанным методом у пациентов I группы произошло статистически значимое уменьшение уровня РТ в 1,4 раза и снижение среднего балла до (35,2 ± 0,4) балла. У пациентов II группы уровень РТ также снизился, но лишь в 1,1 раза (p < 0,05), и средний балл был достоверно выше, по сравнению с показателем в I группе, в 1,3 раза. У пациентов I группы отмечалось улучшение клинических проявлений псориаза (PASI50) в среднем на (10,3 ± 0,1) дня лечения. Аналогичный результат у больных II группы был достигнут только на (15,5 ± 0,2) дня, что достоверно позже, чем в I группе. Следовательно, назначение дифференцированной психофармакотерапии способствовало более раннему регрессу клинических проявлений.

Выводы. Установлено, что у подавляющего большинства больных псориазом наблюдается высокий уровень РТ, что нужно учитывать при назначении комплексной терапии. Назначение психофармакотерапии способствовало нормализации психоэмоционального состояния и более раннему регрессу клинических проявлений (состояние PASI50 было достигнуто на (10,3 ± 0,1) дня лечения, что на 5,2 дня раньше, чем у больных, получавших только традиционную терапию).

Ключевые слова: псориаз, реактивная тревожность, психофармакотерапия, PASI.

MODERN ASPECTS OF PSYCHOPHARMACOTHERAPY APPLICATION IN PATIENTS WITH ADVANCED PSORIASIS

V.P. Matyushenko¹, A.M. Bilovol²

¹ SE «Institute of Dermatology and Venereology of NAMS of Ukraine»

² Kharkiv National Medical University

Abstract

The objective: to optimize the treatment of patients with advanced psoriasis by applying a complex method that includes psychopharmacotherapy.

Materials and methods. There were 163 patients with acute psoriasis aged 18 to 74 years, of which 88 were men (53.9%) and 74 were women (46.1%). All patients underwent a comprehensive clinical and laboratory examination in accordance with the guidelines. To determine the psychoemotional state, all patients with psoriasis were subjected to a pathopsychological examination: determination of the level of reactive anxiety (RA) on the Spielberger-Hanin scale. Patients with moderate to high levels of anxiety disorders were divided into two groups. The first therapeutic group (I Group, 74 people) consisted of patients who received the anxiolytic drug mexicarb against the background of traditional therapy. The therapeutic comparison group (Group II, 72 people) was formed by patients who received only traditional therapy.

Results. It was found that the average RT score among all patients was (50.9 ± 0.8), which corresponded to a high level. The majority of patients (85–52.2%) had high RA levels. At the end of the course of therapy with the developed method, patients of Group I had a statistically significant decrease in the level of RA by 1.4 times and a decrease in the average score to (35.2 ± 0.4) points. But in patients of Group II, the RA level also decreased, but only by 1.1 times (p < 0.05) and the average score was significantly higher compared to the indicator in Group I by 1.3 times. Patients in Group I had an improvement in the clinical manifestations of psoriasis (PASI50) on average (10.3 ± 0.1) days of treatment. A similar result was achieved in patients of Group II only on (15.5 ± 0.2) days, which is significantly later than in Group I. Consequently, the appointment of differentiated psychopharmacotherapy contributed to an earlier regression of clinical manifestations.

Conclusions. It was found that the vast majority of patients with psoriasis had a high level of RA, which should be taken into account when prescribing complex therapy. The appointment of psychopharmacotherapy contributed to the normalization of the psychoemotional state and earlier regression of clinical manifestations (the PASI50 state was achieved on (10.3 ± 0.1) days of treatment, which is 5.2 days less than in patients who received only traditional therapy).

Key words: psoriasis, reactive anxiety, psychopharmacotherapy, PASI.

Відомості про авторів:

Матюшенко Валерія Павлівна – канд. мед. наук, лікар-дерматовенеролог відділу дерматології ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМН України». E-mail: micerpolice@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6676-3030>

Беловол Алла Миколаївна – д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри дерматології, венерології та медичної косметології Харківського національного медичного університету. E-mail: abelovol65@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3754-8585>