

© Коллектив авторов, 2009

А.М. Маннанов, Т.Т. Шахабиддинов, К.Н. Хаитов

АДАПТОЛ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА У ДЕТЕЙ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Республика Узбекистан

В статье приводятся данные, посвященные клиническому и психологическому изучению эффективности терапии препаратом Адаптол детей, больных псориазом. Определение клинической симптоматики заболевания проводили с использованием индекса PASI (индекс площади и тяжести псориатических поражений), калькулятора Пруриндекс (индекс зуда), ДДИКЖ (детский дерматологический индекс качества жизни). Психическое состояние оценивали путем выявления уровня тревожности, депрессивных расстройств, акцентуированных черт характера. Полученные результаты исследований до и после лечения указывают на эффективность комплексной терапии псориаза у детей с включением препарата Адаптол.

Ключевые слова: дети, псориаз, лечение, Адаптол.

Authors present data about clinical and psychological efficacy of Adaptol in treatment of children with psoriasis. Estimation of psoriasis clinical signs was performed with usage of PASI index (index of square and severity of psoriatic skin lesion) with calculation of Prurindex (index of itch) and PDILQ (pediatric dermatological index of life quality). Psychological state was estimated by determination of anxiety level, depressive disorders and accentuations of character. Results of examination before and after therapy show efficacy of complex treatment including Adaptol.

Ключевые слова: children, psoriasis, treatment, Adaptol.

Псориаз (П) – хронический папулезный дерматоз, характеризующийся рецидивирующим течением, основными морфологическими изменениями при котором являются гиперпролиферация эпидермальных клеток, нарушение процессов кератинизации, воспалительные изменения в дерме. Распространенность П достигает 2–8 % [1]. Отмечается рост заболеваемости П по всему миру, актуальной является частая регистрация вновь выявляемых случаев болезни в детском возрасте [2]. Несмотря на многообразие подходов к изучению этиологии дерматоза, отсутствует единое мнение о происхождении П, и вопрос об основном причинном механизме его формирования остается открытым. К факторам, приводящим к обострениям П, следует отнести воздействия внешней среды, стрессовые явления, триггерное влияние эмоциональных раздражителей, воздействие климатических факторов [3]. Длительное течение П сопровождается ярко выраженной разнообразной клинической симптоматикой, характеризующейся мономорфными шелушащимися узелковыми

высыпаниями, а также различной интенсивностью зуда, что доставляет больным значительный дискомфорт и приводит к снижению качества жизни. Негативный взгляд и мнение окружающих на длительно протекающее патологическое состояние травмируют психику, усугубляя патологические психосоматические процессы, а соответственно и выраженность клинических изменений кожи.

Психосоматическая патология, отмечаемая при многих дерматозах, за последние годы способствовала формированию как отдельного направления современной клинической медицины – психодерматологии. Психосоматические заболевания характеризуются разнообразными патогенетическими механизмами развития, особенностями клинической картины, что в свою очередь затрудняет выбор адекватных методов терапии и профилактики. До сих пор не существует единого мнения о классификации «психосоматической патологии». Терапия различной соматической патологии, в частности патологии кожи, с учетом влияний пси-

Контактная информация:

Шахабиддинов Тургун Турсунович – д.м.н., проф. каф. дерматовенерологии Ташкентского педиатрического медицинского института

Адрес: 100140 Узбекистан, г. Ташкент, Юнусабадский район, ул. Дж. Абидовой, 223

Тел.: (99871) 260-32-48, E-mail: shakhtur@yandex.ru

Статья поступила 22.05.09, принята к печати 20.01.10.

хической сферы больных, позитивно влияет на течение болезней, имеющих зависимость или взаимосвязь с вышеперечисленными изменениями.

Целью исследования явилось изучение эффективности препарата Адаптол (мебикар) в комплексной терапии детей, больных П с выявленными психосоматическими расстройствами.

В дерматологическом отделении клиники Ташкентского педиатрического медицинского института за период с 2005 по 2008 гг. нами были обследованы 116 детей, больных П, в возрасте от 7 до 14 лет (средний возраст $9,6 \pm 0,6$ года). Соотношение девочек и мальчиков составило 1,15:1. Начальные проявления заболевания отмечались в среднем в $5,4 \pm 0,4$ лет. Длительность течения П варьировала от 2 недель до 11 лет. У всех обследованных больных патологический кожный процесс носил распространенный характер с преимущественной локализацией узелковых высыпаний на волосистой части головы, разгибательных поверхностях рук и ног. Прогрессирующая стадия П с наличием характерных мелкопапулезных высыпаний с гиперемизированным воспалительным ободком по периферии отмечалась у 48 (41,4%) детей, стационарная стадия с бляшковидными слившимися узелковыми элементами, покрытыми грязно-серого цвета мелкоотрубевидными чешуйками, – у 68 (58,6%) больных. Наследственная предрасположенность была отмечена у 74 (63,8%) больных, наличие заболевания у отца – у 32 (27,6%), у матери – у 11 (9,5%), у сибсов – у 21 (18,1%), у ближайших родственников – у 51 (43,9%). Причинными факторами, способствовавшими началу или рецидивам П, являлись стрессовые ситуации в дошкольных учреждениях и в школе (66,4%), в семье (40,5%), влияние климатических условий и других средовых воздействий (46,6%).

Больные были обследованы с использованием клинических и клинико-психологических методов. Выраженность клинической симптоматики изучали путем определения индекса PASI (индекс площади и тяжести псориазических поражений), использовали калькулятор Пруриндекс (индекс зуда) и детский дерматологический индекс качества жизни (ДДИКЖ) [4]. Определение акцентуаций черт характера детей старшего детского возраста в отличие от подросткового периода представляет трудности, в связи с этим был использован адаптированный для детского возраста опросник А.Е. Личко и Н.Я. Иванова [5].

Исследованиями клинической выраженности и площади поражения определено среднее значение PASI-индекса больных П детей, составившее $24,7 \pm 0,9$ балла. Интенсивность зуда определяли 1 раз в сутки, оценку производили по 6-балльной системе: 0 – зуда нет, 1 – слабый, 2 – заметный, 3 – выраженный, 4 – сильный, 5 – очень сильный. Средние значения Пруриндекса составили $4,6 \pm 0,4$ балла (при вариации от 2 до 6 баллов). ДДИКЖ

определяли путем опроса больных, а при необходимости информацию получали от родителей ребенка. В результате опроса выяснилось, что клинические симптомы за последнюю неделю сильно беспокоили всех больных, отрицательно влияя на настроение, взаимоотношения с друзьями, дети отказывались от прогулок, игр, занятий спортом. Для того, чтобы скрыть кожные проявления на открытых участках тела 39 (33,6%) детей были вынуждены носить прикрывающий стиль одежды летом. Субъективные клинические симптомы у 49 (42,2%) детей негативно влияли на сон. При максимальных значениях в 30 баллов средние значения ДДИКЖ составили $27,8 \pm 0,8$ балла.

В результате анализа типов акцентуации черт характера были выявлены гипертимный, эмоционально-лабильный, психастенический, лабильно-истероидный, тревожно-замкнутый, шизоидный, эпилептоидный типы. Среди больных преобладало количество детей с эмоционально-лабильным (21,5%), лабильно-истероидным (18,9%), психастеническим (16,4%), тревожно-замкнутым (15,6%) типами акцентуаций, реже встречались гипертимный (10,4%), шизоидный (9,5%) и эпилептоидный (7,7%) типы. Эмоционально-лабильных больных характеризовало резко изменчивое настроение, устойчивые негативные эмоции; у лабильно-истероидного типа проявления лабильности сочетались с демонстративностью и манерностью, нехваткой внимания окружающих, дети с психастеническим типом были стеснительными, застенчивыми, нерешительными; тревожно-замкнутые – эмоционально ранимыми, тревожными, склонными к созданию негативного настроения. В формировании различных типов акцентуаций черт характера немаловажное значение сыграло длительно протекающее, травмирующее соматическое заболевание. У 47 (40,5%) больных детей отмечались маловыраженные и у 35 (30,2%) – умеренной выраженности депрессивные расстройства, проявлявшиеся снижением настроения, унынием, грустью, печальным видом. Осознание длительности и тяжести заболевания, которое травмирует психику (особенно в подростковом возрасте), приводило к развитию чувства страха и беспокойства за собственное будущее у 25 (21,5%) больных.

Разнообразие теорий развития П диктует необходимость применения различных подходов к терапии данного дерматоза с учетом воздействия на все возможные этиологические механизмы заболевания.

Все обследуемые дети в зависимости от видов терапии были разделены на 2 группы: 44 больных получали традиционную терапию с использованием антигистаминных, десенсибилизирующих, гепатопротективных, витаминных препаратов, с наружным назначением сочетания гормональных, кератолитических и рассасывающих мазей

(1-я группа); 72 больным в комплекс терапии был включен препарат Адаптол (мебикар), который назначали по 300 мг дважды в течение суток длительностью 20 дней (2-я группа).

Комплексная фармакотерапия психосоматических нарушений должна сочетать нейротропный, психотропный и соматотропный компоненты, что не всегда возможно, так как многочисленные препараты, существующие на сегодняшний день, характеризуются преобладанием лишь одного из вышеуказанных воздействий с выраженностью седативного эффекта. Препаратом выбора в терапии возникших психопатологических состояний является Адаптол (мебикар), воздействующий на разнообразные причинные механизмы формирования психосоматических нарушений, оказывающий многостороннее комплексное влияние на организм, ведущим из которых является нейротропное действие [6]. По своему химическому строению Адаптол является бициклическим производным мочевины, близок к естественным метаболитам организма – мочеvine и пуринам. Препарат активно проникает через гематоэнцефалический барьер, влияет на различные нейромедиаторные системы мозга, структурные функциональные элементы нейронов, преимущественно гипоталамуса и лимбической системы. Ценное качество Адаптола, как средства коррекции психосоматических нарушений, заключается в сочетании системных (регуляторных) и клеточных (мембранных) механизмов действия. Влияние Адаптола на нейромедиаторные процессы в ЦНС основано на способности нормализовать нарушенный дисбаланс между возбуждающими и тормозными процессами нервной системы, являющихся ведущим патогенетическим звеном психосоматических заболеваний. В отличие от бензодиазепинов, оказывающих в качестве побочного действия миорелаксирующее и угнетающее действие, Адаптол обладает мягким транквилизирующим действием, обусловленным свойствами агониста относительно ГАМК-А-рецепторов (небензодиазепинового локуса). Препарат представляет собой уникальный тип лекарственного средства, оказывающего «вегетостабилизирующее» действие и нормализующего нейромедиаторный баланс при психосоматических реакциях. Адаптогенные, стресс-протективные и ноотропные свойства Адаптола обусловлены его клеточными эффектами в качестве антиоксиданта, ингибирующего супероксидрадикал, стимулирующего образование альдегидных и карбоксильных продуктов окисления белков, тормозящих процессы перекисидации. Препарат активизирует процессы энергообеспечения клетки, обмен глюкозы и тканевое дыхание. Ноотропные свойства Адаптола обеспечиваются его антигипоксическими свойствами и способностью улучшать мозговое кровообращение, что в результате повышает физическую и пси-

хическую работоспособность, умственную активность, улучшает эмоциональный спектр, память и динамику познавательных процессов [6].

Изучение влияния различных видов терапии осуществляли ежедневными клиническими наблюдениями во время нахождения больных в стационаре и в последующем через 1 и 3 месяца после начала лечения. Более ранний регресс высыпаний, появление псевдоатрофического ободка Воронова, свидетельствующего о рассасывании папулезной сыпи, стойкая ремиссия в течение длительного времени наблюдались у детей 2-й группы. Изменения средних значений индекса PASI через 1 и 3 месяца в 1-й группе детей составили $12,4 \pm 0,6$ и $6,5 \pm 0,4$ баллов, тогда как в группе больных с включением в терапию Адаптола эти показатели были значительно ниже – $7,4 \pm 0,5$ и $3,1 \pm 0,4$ балла. Аналогичные изменения определялись по Пруриндексу, значения которого начали снижаться со 2-го дня терапии ($3,8 \pm 0,6$), и полное отсутствие зуда регистрировалось на 8-й день у больных 2-й группы, а у больных 1-й группы снижение интенсивности зуда отмечалось лишь с 4-го дня ($4,2 \pm 0,7$), с полным отсутствием на 11-й день. Анализ ДИКЖ в обеих группах на 10-й и 20-й день также указывают на преимущества комплексной терапии ($15,2 \pm 0,6$ и $8,4 \pm 0,4$ балла против $21,6 \pm 0,7$ и $14,7 \pm 0,4$ балла); так как у детей появился интерес к окружающему миру, учебе, играм, они стали менее раздражительными, сдержанными. У 16 больных с более тяжелым и длительным течением заболевания и распространенными бляшечными папулезными высыпаниями из 1-й группы динамика регресса заболевания была меньшей, что было обусловлено депрессивным состоянием, чувством страха, беспокойством. Начало изменений клинической картины заболевания наблюдалось на 7–8-й день начала терапии, а переход в период ремиссии наступил лишь к 30–35-му дню, у 4 больных положительная динамика не наступила до конца лечения. Регресс заболевания у больных с идентичными клиническими симптомами в группе детей, получавших в комплексной терапии Адаптол, наступил значительно раньше – начало положительной динамики было отмечено с первых дней терапии, тотальное рассасывание бляшек и папул – на 21–25-й день. Позитивная динамика кожно-патологического процесса сказывалась на общем положительном настрое детей, в доброжелательную сторону менялось настроение, исчезало чувство тревоги, эмоционального напряжения.

Клиническое наблюдение за изменениями выраженности воспалительных явлений, наступлением регресса элементов сыпи, полным рассасыванием узелков с образованием гипопигментированных пятен, уменьшением и исчезновением субъективных проявлений заболевания на 10-е и 20-е сутки после начала терапии позволило оценить состояние

Таблица

**Результаты эффективности различных методов терапии псориаза
у наблюдаемых детей**

Эффективность терапии	1-я группа (n=44)		2-я группа (n=72)	
	абс.	%	абс.	%
Клиническое выздоровление	<u>13</u> 18	<u>29,5</u> 40,9	<u>29</u> 41	<u>40,3</u> 56,9
Значительное улучшение	<u>15</u> 19	<u>34</u> 43,1	<u>28</u> 28	<u>38,9</u> 38,9
Улучшение	<u>12</u> 9	<u>27,3</u> 6,8	<u>14</u> 2	<u>19,4</u> 2,8
Отсутствие эффекта	<u>4</u> 4	<u>9,2</u> 9,2	<u>1</u> -	<u>1,4</u> -

В числителе – показатели на 10-е сутки, в знаменателе – на 20-е сутки после начала лечения.

больных в обеих группах. Так, при комплексном лечении по сравнению с традиционным количество больных с клиническим выздоровлением (переход в стойкую ремиссию), значительным улучшением было выше, отсутствовали больные без позитивной динамики болезни (см. таблицу).

Последующий контроль показал, что более стойкая ремиссия наблюдается у большинства больных при терапии с включением Адаптола, хотя рецидивы заболевания в течение 3 месяцев отмечались в обеих группах, их соотношение было выше у детей, получавших традиционную терапию (11 (25%) больных против 5 (7%)).

Все больные, получавшие лечение с включением Адаптола, терапию переносили хорошо, побочных действий препарата не было выявлено.

Применение в комплексе терапии Адаптола у детей, страдающих различными формами П, позволило эффективно нормализовать имеющиеся психосоматические нарушения, повысило качество жизни, позитивно воздействуя на объективные и субъективные симптомы болезни. Хорошая переносимость, доступность, отсутствие побочных действий, возможность длительного использования позволяют широко применять Адаптол в педиатрической практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Беллев Г.М., Рыжко П.П.* Псориаз. Псориатическая артропатия. 3-е изд. М.: Медпресс-информ, 2005.
2. *Verbov J.* Psoriasis in childhood. Arch. Dis. Child. 1992; 67: 75–76.
3. *Fortune DG, Richards HL, Griffiths CE.* Psychologic factors in psoriasis. Dermatol. Clin. 2005; 23: 681–694.
4. *Адашкевич В.П.* Диагностические индексы в дерматоло-

гии. М.: Медицинская книга, 2004.

5. *Иванов Н.Я., Личко А.Е.* Патохарактерологический диагностический опросник для подростков. Методика исследования. СПб.: изд-во психоневрологического ин-та им. В.М. Бехтерева, 1992.

6. *Бурчинский С.Г.* Нові аспекти фармакотерапії психосоматичної патології. ЛІКІ. 2004; 5–6: 28–32.

РЕФЕРАТЫ

РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ БРОНХОВ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Воспаление и иммунологические процессы, лежащие в основе астмы, могут приводить к необратимой легочной обструкции, нечувствительной к медикаментозному лечению. Она может проявляться у детей, больных астмой, как невозможность достичь ожидаемых по возрасту показателей функции внешнего дыхания, или как ускоренное падение этих показате-

лей у взрослых больных. Недавние исследования способствовали проникновению в суть патогенетических механизмов, лежащих в основе этих изменений, и позволили понять роль лечения в предупреждении этих процессов.

Lieberman P. Med Rep. 2010; 12 (2): 74.