

11. Role of benzathine penicillin G in prophylaxis for recurrent streptococcal cellulitis of the lower legs / J. H. Wang, Y. C. Liu, D. L. Cheng [et al.] // Clin. Infect. Dis. – 1997. – Vol. 25, N 3. – P. 685–689.
12. Skin disease: diagnosis and treatment / T. P. Habif [et al.]. – 2<sup>nd</sup> ed. – Philadelphia; Edinburgh : Elsevier Mosby, 2005. – 662 p.

### ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕУТОЧНЁННОЙ ИНФЕКЦИИ ПОДКОЖНО – ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКИ – БАКТЕРИАЛЬНОГО ЦЕЛЛЮЛИТА

Ж.В.Королёва

Использование разработанной методики лечения с применением комплексной стандартной терапии с учётом исследованного патогенеза заболевания позволило в 1,4 раза сократить продолжительность лечения при неуточнённой инфекции подкожно – жировой клетчатки – бактериальном целлюлите ( $21,5 \pm 0,83$  день), что достоверно отличалось от сроков лечения в группе сравнения (соответственно  $28,78 \pm 1,01$  дней у больных инфекционной экземой).

### PATHOGENETIC TREATMENT OF UNSPECIFIED INFECTION OF SUBCUTANEOUS FAT - BACTERIAL CELLULITIS

Zh.V.Korolova

Using the methods of treatment with complex standard therapy taking into account pathogenesis of the disease has reduced by 1.4 times the length of treatment for unspecified infection subcutaneous - fat - bacterial cellulitis ( $21,5 \pm 0,83$  per day), which is different from the period of treatment in the control group (respectively  $28,78 \pm 1,01$  days in patients with infectious eczema).

УДК 616.5:616.89-008.441.14]-072.8

### ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОДІАГНОСТИКИ ДЕРМАТОЗІВ, АСОЦІЙОВАНИХ З НАРКОТИЧНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ ПАЦІЄНТІВ

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

І.О.Чаплик-Чижо, О.О.Сизон, Г.Є.Асцатуров

**Ключові слова:** хронічні дерматози, наркозалежні хворі, психокорекція.

**Вступ.** Наркотик – з грецької «*narkotikos*» – «той, що затьмарює свідомість». Уже сама назва відображає негативну дію цих засобів на психіку людини. [2]. З давніх часів [4] для приготування снодійного і заспокійливого зілля використовували коробочку маку, згодом по-

чали вживати опій (засохлий молочний сік з надрізаних коробочок маку). Найдавніші відомості про вживання опію сягають V тис. до н.е. У Персії зберігся опис отримання і вживання «соку з маку». Гомер у своїх творах (XII-VII ст. н.е) згадував про напій, що «знімає горе і дає забуття смутків». У Давньому Римі було визнано вживання близько 400 видів рослин з наркотичними властивостями. У

XVII ст. опій активно застосовували для лікування болотяної пропасниці [8]. Ще з старослов'янських часів у нашій країні в використовували олійні сорти маку в їжі, зокрема: з насіння отримували жирну олію, а з маку пекли пряники. У старих російських лікарських порадах травниках відзначалося: «макове сім'я», а особливо біле, як лікарський засіб з прохолоджувальними, болезаспокійливими та снодійними властивостями. Його з обережністю застосовували у вигляді сиропів для лікування гостро-запальних явищ при флюсах, захриплості, кашлі, лихоманці [11]. Морфій був першою похідною від опію речовиною та названий на честь античного бога сновидінь Морфея [2]. Спочатку в медичній практиці морфій застосовували дуже обмежено внутрішньо (порошки з цукром і свічки). Поступово поширюючись, морфій став одним з найважливіших болезаспокійливих медичних препаратів [11]. Після винаходу у 1864 р. шприца, морфій стали вводити безпосередньо у кров, що отримало загальне визнання і широке розповсюдження. Відтоді лікарі дізналися про тіньові сторони, пов'язані зі вживання цього препарату, – наркотичну залежність, яка стала очевидною в 70-ті роки XIX ст. Це був другий спалах наркоманії в Європі [7]. Сьогодні наркоманія – одна з глобальних суспільних проблем в Україні, зумовлена вживанням будь-якої наркотичної речовини, що викликає фізичну і психічну залежність. У нашій країні відсутні механізми дослідження кількості наркозалежних. Але незважаючи на відсутність офіційної статистики, останні 5 років спостерігається небачене зростання цієї хвороби [11]. Щорічно близько 150 тис. молодих людей стають наркоманами, поступово наркозалежність «молодшає», а середній вік людей, які вживають наркотики, знижується. Найбільш уражена наркоманією Дніпропетровська, Донецька, Луганська, Запорізька області, Автономна Республіка Крим і Київ [11]. За даними МВС, зареєстровано 107 тис. наркоманів, а реально - в 10-15 разів більше. Понад 1 млн. - це молодь у віці

15-30 років, біля 97% наркоманів вперше спробували наркотики у віці 12-19 років, а кожен 5-й наркоман - жінка. Третя частина всіх злочинів пов'язана з незаконним обігом наркотиків, а більше половини засуджених – наркомани. Близько 120 тис. людей щорічно помирають від наркоманії та її наслідків (329 осіб на добу). Лише 2% наркоманів виліковуються, інші 98% - помирають [2]. Україна посідає I місце у Східній Європі за темпами росту ВІЛ – інфекції: офіційно зареєстровано 50 тис. Від загальної кількості ВІЛ - інфікованих, наркомани складають 88%. В Україні 450 тис. молодих людей з подвійним діагнозом - ВІЛ-наркоманія [11]. У наркоманів значних змін зазнає нервова система, знижується пам'ять, порушується психіка, згладжуються індивідуальні ознаки, що відображається на неадекватній оцінці пацієнта свого стану в загальному. Тому на прояви супутніх захворювань, в тому числі дерматологічних, особи з наркотичною залежністю нерідко не звертають уваги. Сьогодні клінічна психодіагностика повинна широко застосовуватися в дерматологічній практиці з метою ранньої діагностики у хворих пограничних нервово-психічних станів [9,10]. Практика, яка склалася при лікуванні шкірних захворювань, коли дерматологи, хворим з вираженими психоемоційними розладами, призначають частіше седативні/снодійні препарати, або скеровують їх до психотерапевта/психіатра, в більшості випадків не приносить бажаних результатів. [3,5] Седативні засоби при цьому нерідко посилюють депресивні, негативні психоемоційні переживання, а до психотерапевта чи психіатра хворі не попадають на прийом за різних причин. На жаль, психокорекція дерматологічних пацієнтів часто проводиться без обліку їх психічного статусу, що вагомо знижує її цінність, а в деяких випадках дискредитує ефективні методики лікування [1]. Тому метою роботи було довести доцільність психодіагностики у комплексному обстеженні хворих (із наркотичною залежністю та без неї) з наявністю шкірних захворювань,

що дозволить лікарю скласти адекватну програму лікування пацієнта.

**Матеріали і методи.** У своїй роботі психічні характеристики 100 обстежених досліджували на підставі діагностичної співбесіди, а верифікацію даних проводили з використанням експериментально-психологічних методик визначення рівня невротичних змін за Васерманом [12], рівня реактивної та особистої тривожності за Спілбергом-Ханінім [13], рівня самооцінки депресії за шкалою Зунге. Оцінку параметрів якості життя проводили за допомогою української версії Міжнародного опитувальника з ЯЖ MOSSF-36. [6]. За високий, клінічно значимий, рівень невротизації приймали показник 60% та вищий. Рівень тривожності до 30 балів вважали низьким, 31–45 балів — помірним, 46 та вище балів - високим. Високий рівень реактивної тривожності вважали клінічно значимим показником. За встановлення показника 50 балів та нижче відповідно методики Зунге діагностували стан «без депресії», за 51–59 — «легку депресію», за 60–69 — «масковану депресію» або субдепресивний стан та за наявності 70 балів та більше — «істинну депресію». Легку, «масковану» та істинну депресію вважали клінічно значимими станами для перебігу ПХ.

**Результати та обговорення.** Нами обстежено 87 хворих першої групи з хронічними дерматозами (ХД) та 13 осіб із ХД, які були залежні від вживання опіатів (наркомани, хворі з онкологічною патологією на останніх стадіях перебігу захворювання) – друга група. Серед обстежених спостерігалось 53 чоловіків та 47 жінок, віком 40-47 років, з середнім стажем захворювання —  $7,0 \pm 0,9$  років. У 31 пацієнта спостерігали розповсюджений псоріаз (в тому числі 20 хворих з АП); у 14 - папуло-пустульозна форма розацеа; atopічний дерматит – в 15 осіб; вогнищеве облісіння – у 7, вірусні ураження (герпес типу I, заразний моллюск, гострокінцеві кондиломи) – в 21 осіб, червоний вовчак – у 7 та вітіліго – у 5 осіб. Контрольну групу склали 12 практично здорові особи. Середні показники

психоемоційного статусу хворих I та II груп у порівнянні з практично здоровими людьми були наступними: невротизація у хворих з ХД I групи -  $74,3 \pm 0,5$ , II групи -  $8,7 \pm 0,9$ , (відповідно у здорових -  $4 \pm 0,1$ ); реактивна тривожність  $48 \pm 0,3$  – в осіб I групи,  $17,8 \pm 0,9$  – у II, ( $7,8 \pm 0,2$  – у здорових); особиста тривожність – відповідно  $79,1 \pm 0,9$ ,  $27,1 \pm 0,2$  ( $7,3 \pm 0,5$ ). Показники якості життя спостерігались такі: фізична активність –  $80,8 \pm 0,5$  (I група),  $56,2 \pm 1,7$  (II група) та  $96,2 \pm 1,2$  у здорових; відповідно соціальна активність  $23,5 \pm 1,7$  (I група),  $21,5 \pm 1,7$  (II група) та  $86,9 \pm 0,3$  у здорових; за показником психічного здоров'я –  $24,1 \pm 1,5$  (I група),  $37,1 \pm 2,2$  (II група) і  $58,9 \pm 1,4$  - у здорових. Хворі першої групи з ХД мають значно порушений психоемоційний стан, що перешкоджає їм у суспільній адаптації та реалізації себе як індивідуума, в час коли їх фізична активність менш страждає. Певна роль при формуванні внутрішньої картини хвороби належала свербезу (псоріаз, atopічний дерматит), скованості рухів, наявності вираженого больового синдрому (при АП) та усвідомлення прогнозу основного захворювання, які погіршували в 97% випадків якість життя пацієнта. Внаслідок цього у таких осіб виникала емоційна лабільність, виражена апатія, дратівливість, що нерідко (згідно даних анамнезу захворювання) призводила до вибуховості, протесту і опозиції. При цьому в пацієнтів виникали часті конфлікти, що супроводжувалися вираженими емоційними проявами, які хворі намагалися затамувати за допомогою алкоголю або інших психотропних засобів (опіатів). Слід зазначити, що відповідні показники психоемоційного стану в II групі пацієнтів з наявністю хронічних дерматозів, асоційованих з наркотичною залежністю, у переважній більшості лише в 1,5-2 рази відрізнялися від аналогічних показників контрольної групи. Натомість показники якості життя порушені у обох груп у порівнянні з контрольною. На нашу думку, це пов'язано з нейрохімічним механізмом дії морфіну, який пов'язаний з пригніченням гідролізу ацетилхоліну та виділенням його з нервових закінчень.

Морфін має антисеротонінову активність, пригнічує таламічні центри больової чутливості і блокує передачу больових імпульсів до кори головного мозку. Постійний прийом у наростаючих дозах наркотичних лікарських засобів супроводжується ейфоріями, заспокійливим, снодійним та болезаспокійливим ефектами.

**Висновок.** При порівнянні двох груп хворих з хронічними дерматозами було виявлено, що у пацієнтів, які приймали опіати (з тих чи інших причин) рівень невротизації і тривожності є значно нижчий ніж у пацієнтів, які не вживали

наркотики, тоді коли показники якості життя порушені у обох груп у порівнянні з контрольною групою. Отже, пацієнти з ХД потребують одночасного медикamentозного лікування не лише патології шкіри, а також корекції психоемоційного стану за допомогою психолога. Запропонований тестовий набір для оцінки депресивного стану та самооцінки пацієнтів з шкірними захворюваннями може використовуватися для їх психодіагностики з метою контролю ефективності лікування та вибору методу психокорекції.

### Список літератури

1. Ахмедов Т.И. Психосоматический подход в медицине / Т.И. Ахмедов, Н.В.Шовкова, Н.А. Федоренко //Врачебная практика.- 2000.-№4.- С.91-96.
2. Булгаков М.А Морфий (історія хвороби): фрагменти / М.А.Булгаков // Основи безпеки життєдіяльності.-2006.-№7-8.-С.128-136.
3. Гельдер М.И. Оксфордское руководство по психотерапии / М.И.Гельдер // Руководство в 2-х томах. – К., 1999. – 563с.
4. Джон А., Соломзес Вэлд Чебурсон, Георгий Соколовский, Наркотики и общество, <http://www.high.ru/cgi-bin/wb.cgi>
5. Каменецкий Д.А. Неврология и психотерапия. - М., 2001., – 30 с.
6. Марута Н.А. Критерий качества жизни в психиатрической практике: Монография / Н.А. Марута, Т.В. Панько, И.А. Явдак и др. / Под ред. Маруты Н.А. — Харьков: РИФ Арсис, 2004. — 240 с.
7. Машковский М. Д. Лекарственные средства / М.Д.Машковский // Пос. 15-е изд.. — М.: Новая Волна, 2005. — С. 143-149. — 1200 с.
8. Ткаченко І.Н. Проблеми вживання наркотичних та токсичних речовин неповнолітніми / І.Н. Ткаченко // Біологія в школі.-2002.-№7.-С. 11-14.
9. Чабан О.С. Теоретичні аспекти психосоматичних розладів: пошук істини / О.С. Чабан // Психіатричне здоров'я. - 2003. - №1. – С. 31-3-42.
10. Чабан О.С. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування) / О.С. Чабан, Хаустова // Посібник . — Київ: ТОВ «ДСГ ЛТД», 2004. — 96 с.
11. Чирко В.В. Нариси клінічної наркології (Наркоманії і токсикоманії: клініка, перебіг, терапія)/ В.В.Чирко., М.В.Дьоміна//Медпрактика. Москва, 2002. -140 с.
12. Hanly J.G. Neuropsychiatric syndromes in patients with systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis / J.G. Hanly, J.D. Fisk, G.S McCurdy // Rheumatol. – 2005. – Vol. 32(8). - P. 1459–1466.
13. Waheed A. The burden of anxiety and depression among patients with chronic rheumatologic disorders / A.Waheed, J.Pak // Med. Assoc. – 2006. – Vol.56(5). – P.243-268.

### ОСОБЕННОСТИ ПСИХОДИАГНОСТИКИ ДЕРМАТОЗОВ, АССОЦИИРОВАННЫХ С НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ ПАЦИЕНТОВ

И.О.Чаплык-Чижо, О.О.Сызон, Г.Е.Асцатуров

Проведенные клинические исследования 100 пациентов с хроническими дерматозами (псориазом, атопическим дерматитом, розацеа, др.) показали, что их психоэмоциональное состояние существенно отличается от здоровых людей и мешает больным в об-

щественной адаптации и реализации себя как индивидуума. Предложенный тестовый набор для оценки депрессивного состояния и самооценки пациентов с кожными заболеваниями может использоваться для психодиагностики больных, страдающих кожными заболеваниями с целью контроля эффективности их лечения, а также при выборе метода психокоррекции кожных заболеваний.

## FEATURES PSYCHODIAGNOSTICS DERMATOSES ASSOCIATED WITH DRUG ADDICTION PATIENTS

I.Chaplyk-Chyzho, O.Syzon, H.Astsaturov

A clinical study of 100 patients with chronic dermatoses (psoriasis, psoriasis arthropica, atopic dermatitis, rosacea, eczema, etc.) showed that their psycho-emotional state is significantly different from that of healthy people and prevents them from social adaptation and self-realization as an individual. The proposed test set to evaluate depression and self-esteem in patients with skin diseases can be used for the psychodiagnosis of patients suffering from skin diseases with the aim of monitoring the effectiveness of their treatment, as well as for choosing a method of psychocorrection of skin diseases. ій

УДК 616.517-085.26-036.8(477.85)

## ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ЕЛЕМЕНТОВМІСНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ХВОРИМ НА ПСОРІАЗ ІЗ РІЗНИХ ФІЗИКО-ГЕОГРАФІЧНИХ РЕГІОНІВ

Т.П.Височанська, О.І.Денисенко

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

**Ключові слова:** псоріаз, фізико-географічні райони, лікування.

**Актуальність теми.** Псоріаз – хронічно-рецидивуючий дерматоз, захворюваність на який, за даними Національного фонду псоріазу (National Psoriasis Foundation), щорічно зростає на 500-600 тисяч. В Україні нині є понад 3 млн. хворих на псоріаз за тенденції до збільшення їх кількості, особливо серед дорослих осіб [1, 11], у яких дерматоз знижує дієздатність, якість життя й соціальну активність, що визначає важливе медичне й соціальне значення псоріазу [7, 10] та визначає актуальність наукових досліджень щодо оптимізації лікування та профілактики загострень даного дерматозу. Встановлено, що етіопатогенез псоріазу є му-

льтифакторним, у розвитку якого істотне значення мають генетична детермінованість, розлади імунної й нейроендокринної регуляції, обмінні порушення, зміни мікроциркуляції [1,9], а також дисбаланс макро- та мікроелементного гомеостазу пацієнтів [4], який характеризується територіальною залежністю [3].

**Мета дослідження.** Покращити результати лікування хворих на псоріаз – мешканців різних фізико-географічних регіонів шляхом диференційованого призначення елементовмісних лікарських засобів з урахуванням визначених у біосубстратах хворих елементних порушень.

**Матеріал та методи.** Під спостереженням перебували 92 хворих на псоріаз (52 чоловіки, 40 жінок) віком від 18 до 80 років, які проживають на території