

Психологическое консультирование в центре неврологии с восстановительным лечением

А. Ш. Овасапян, клинический психолог

Центр неврологии с восстановительным лечением ФГБУЗ «Центральная клиническая больница» Российской академии наук, г. Москва

Psychological counseling in center of neurology with rehabilitation treatment

A. Sh. Ovasapyan

Central Clinical Hospital of the Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia

Резюме

В статье обоснована необходимость активного участия медицинского психолога в комплексной работе со стационарными и амбулаторными пациентами центра неврологии с восстановительным лечением. Освещены наиболее частые симптомы, которые и являются причиной обращения в отделение для диагностики и дальнейшей работы в виде психологической коррекции эмоциональной и личностной сферы. Рассмотрены наиболее широко применяемые методики для оценки психического состояния пациентов.

Ключевые слова: психологическое консультирование, диагностика, коррекция, эмоционально-личностная сфера.

Summary

The article substantiates the necessity of active involvement of a medical psychologist in comprehensive work with inpatients and outpatients of the center of neurology with rehabilitation treatment. The most frequent symptoms are highlighted, which are, in fact, the reason for applying to the department for diagnosis and distant care in the form of psychological correction of the emotional and personal sphere. The most widely used methods for the mental status evaluation of the patients are considered.

Key words: counseling, diagnosis, correction, emotional and personal sphere.

Роль медицинского психолога в центре неврологии с восстановительным лечением ЦКБ РАН (заведующий М. А. Шомахов) заключается в оказании психологической поддержки в период госпитализации и в возможности дальнейшей работы после выписки из стационара для оптимизации и поддержки пациента на возвращение в привычную социальную среду.

Помимо научных работ более раннего периода, направленных на изучение психологических методов в медицинской практике (В. М. Бехтерев, В. Х. Кандинский, П. И. Ковалевский, С. С. Корсаков, И. А. Мясичев, В. Н. Сикорский, А. А. Токарский и В. Ф. Чиж.), существенный вклад по оказанию психологической помощи в неврологии внесли такие ученые, как Б. Д. Карвасарский, В. Н. Григорьева и А. Ш. Тхостов, психосоматическими проблемами занимались А. В. Петровский и М. Г. Ярошевский, изучая влияние психологических факторов на возникновение ряда заболеваний,

Актуальность психологического консультирования в центре неврологии с восстановительным лечением обусловлено ростом психосоматических нарушений у пациентов с неврологической симптоматикой в связи со стрессо-

выми ситуациями в трудовой деятельности, переживанием конфликтных ситуаций, тревожными расстройствами, депрессивной симптоматикой, паническими расстройствами и т. д.

По данным ВОЗ, неврологическими заболеваниями страдают более 100 млн людей в мире. Шесть млн людей ежегодно умирают от инсульта. Более 50 млн страдают эпилепсией, 47,5 млн страдают деменцией. Ежегодно более чем у 7,7 млн людей диагностируются новые неврологические заболевания (статистика 2016 года), у более половины из них (66%) выявлены психологические причины, влияющие на переход неврологической симптоматики в хроническое психосоматическое заболевание.

В центре неврологии с восстановительным лечением ЦКБ РАН для достижения максимального результата лечения применяется комплексный подход, который также включает и психологическую помощь в индивидуальной или групповой форме. Введение в структуру лечения такого компонента, как психологическое сопровождение пациента, позволяет врачу снизить риск развития госпитализма и ипохондрического радикала у пациента. Для снижения тревоги и создания отноше-

ний терапевтического сотрудничества между врачом и пациентом необходимо включать в процесс лечения медицинского психолога.

Психосоматический подход, в основе которого лежит влияние психологических факторов на возникновение ряда неврологических заболеваний, задает основной вектор работы медицинского психолога в отделении. Базовое положение психосоциального подхода о взаимосвязи между психическим состоянием человека и его самочувствием, которое определили А. В. Петровский и М. Г. Ярошевский, является одним из важнейших представлений в современной медицине и медицинской психологии [4].

По нашему мнению, именно психосоматический подход наиболее полно раскрывает возможности взаимодействия лечащего врача, психолога, пациента и его близких. При психологической работе с пациентом акцент делается не на саму болезнь, а на личность пациента. Особенности его взаимодействия с близкими и социумом. Психологическое консультирование способствует снижению тревоги и психического напряжения пациента [6]. Важной составляющей является формирование навыков со-

владения с деструктивным эмоциональным реагированием на свое заболевание, повышение у пациента положительных мотивационных установок на выздоровление и готовность к продолжению сотрудничества с врачом на весь период реабилитации в амбулаторном режиме.

Влияние стресса в развитии ряда заболеваний нервной системы доказывалось неоднократно. Психический стресс может стать причиной заболевания, обострения симптомов болезни, также усугубить тяжесть течения болезни [1].

Основными задачами психологической помощи пациентам с неврологическими заболеваниями являются:

- психологическая поддержка больного в стадии переживания психического стресса, обучение способам управления стрессом;
- создание положительной реакции больного на свою болезнь;
- помощь в формировании мотивационных установок на положительное протекание лечения к выздоровлению;
- создание комплаенса между врачом и пациентом;
- психологическая помощь пациентам с симптомами тревожно-депрессивного характера;
- помощь в проявлении осознанной регуляции эмоциональных состояний, таких как тревога, страх, гнев, обида;
- помощь в принятии больным ответственности за свое психическое и физическое здоровье, также правильное и своевременное выполнение всех назначений лечащего врача;
- прояснение и обсуждение с больным компенсаторных возможностей нервной системы, активизация личности в преодолении болезненных нарушений и приспособление к новым условиям жизни [5];
- формирование мотивов, направленных на возвращение в привычную социальную и профессиональную среду.

На первом этапе консультирования применяются психодиагностические методы для определения личностных

особенностей пациента. Наиболее информативны для определения особенностей эмоционального состояния и уровня стрессового реагирования на ситуацию следующие стандартизированные методики:

1. Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS. Предназначена для определения уровня тревоги и депрессии (The Hospital Anxiety and Depression Scale. A. S. Zigmond, R. P. Snaith) [7];
2. шкала ситуативной и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера, Ю. Л. Ханина (State-Trait Anxiety Inventory, STAI). Данная методика предоставляет информацию о самооценке человеком уровня своей тревожности в данный момент (реактивная тревожность) и личностной тревожности (как устойчивой характеристики человека) [8];
3. методика изучения акцентуаций личности К. Леонгарда (модификация С. Шмишека) для исследования базового профиля пациента [2].

Среди пациентов центра у 40% развитие неврологической симптоматики проявилось на фоне недавно (до девяти месяцев) пережитой стрессовой ситуации, в том числе у 25% было связано с личными факторами, которые непосредственно вызвали состояние стресса, такими как трудности на работе, в личной жизни. У 15% пациентов причиной обострения неврологической симптоматики и обращения в отделение являлось переживание горя на разных его этапах (смерть близкого человека, развод и т.д.).

Занятия с пациентами центра проводятся как в групповом, так и индивидуальном формате в зависимости от индивидуальных особенностей пациента и его проблем на данном этапе работы. Каждый формат работы имеет ряд своих преимуществ. В групповом формате пациенты могут осознать, что они не одиноки в своей болезни, во взаимодействии с другими участниками пациент учится понимать и принимать свою болезнь, получать обратную связь и иметь возможность делиться своими переживаниями. В индиви-

дуальном формате затрагиваются темы личных переживаний, обычно скрываемые от окружающих людей.

При проведении консультативной психологической помощи учитывается средний период госпитализации (12–14 дней) для составления плана индивидуального психологического сопровождения пациента. С пациентами проводятся как краткосрочные, так и долгосрочные сессии. После выписки из стационара при необходимости пациенты продолжают посещать занятия с медицинским психологом в рамках амбулаторной помощи.

Заключение

Психологическое консультирование в центре неврологии способствует формированию у пациента новой системы знаний и отношений к процессу лечения. Участие медицинского психолога в лечебном процессе способствует формированию устойчивого комплаенса между врачом и пациентом. Для повышения эффективности лечения и формирования у пациентов ответственности за состояние своего здоровья и профилактики обострения неврологических заболеваний, снижения тяжести воздействия стрессогенных факторов необходимо расширять область оказания психологической поддержки и сопровождения пациента во время лечебного процесса.

Список литературы

1. Григорьева В. Н., Тхостов А. Ш. Психологическая помощь в неврологии. Монография. Нижний Новгород: Изд-во НижГМА, 2009. — 443 с.
2. Леонгард К. Акцентуированные личности / Пер. с нем. — Ростов-на-Дону: Изд-во «Феникс», 2000. — 544 с.
3. Личностный опросник EPI (методика Г. Айзенка) / Альманах психологических тестов. — М., 1995. С. 217–224.
4. Петровский А. В., Ярошевский М. Г. Психология: Учебник для вузов. — М.: Академия, 2007, 7-е издание.
5. Психотерапевтическая энциклопедия. — С.-Пб.: Питер. Б. Д. Карвасарский. 2000.
6. Современные подходы к разработке программ реабилитации когнитивных функций для людей пожилого возраста в условиях реабилитационного отделения. Ефремова Д. Н. XV Международная научно-практическая конференция: Научные тенденции: педагогика и психология. / С.-Пб, сборник трудов, Международная объединенная академия наук / 2018.
7. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361–70.
8. http://psylab.info/Шкала_тревоги_Спилбергера. — Энциклопедия психодиагностики.



Профилактика образования грыж после лапароскопической холецистэктомии

В. А. Горский, Б. Е. Титков, М. А. Агапов, Р. Х. Азимов, А. С. Сивков, П. С. Глушков

Кафедра экспериментальной и клинической хирургии ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова» Минздрава России; ФГБУЗ «Центральная клиническая больница» Российской академии наук; г. Москва

Цель работы: на основании анализа причин сформулировать основные мероприятия предупреждения возникновения троакарных грыж после ЛХЭ.

Материал и методы. В работе проанализированы результаты течения послеоперационного периода у 1712 больных, перенесших ЛХЭ. Исследование состояло из двух этапов. На первом был выполнен ретроспективный анализ лечения 34 больных с послеоперационными вентральными грыжами после ЛХЭ. 18 больным ЛХЭ были проведены в нашей клинике, 16 — в других лечебных учреждениях. Величина формирования грыж после наших вмешательств составила 1,1%. Вторым этапом работы было проведение проспективного исследования.

Результаты. При ретроспективном анализе историй болезни выяснили, что у 20 пациентов имелась склонность к образованию грыж за счет функциональной недостаточности соединительнотканной системы. Об этом судили косвенно по наличию сопутствующей варикозной болезни нижних конечностей, дивертикулеза толстой кишки, геморроя. Кроме того, у трех больных были грыжи других локализаций.

У 23 пациентов имелось ожирение III–IV степени с выраженностью подкожно-жировой клетчатки передней брюшной стенки более 4–5 см. У 26 больных была выражена сопутствующая патология в виде сахарного диабета (4 больных), заболеваний сердечно-сосудистой (17 больных) и дыхательной систем (4 больных). В анализируемых случаях нагноение послеоперационных ран стало причиной возникновения грыж у 19 больных. Причину развившихся осложнений мы видим в первую очередь в инфицировании раны во время извлечения деструктивно измененного желчного пузыря из брюшной полости без использования контейнера, а также в травматичности данной манипуляции. В случаях удаления желчного пузыря через 20-миллиметровый троакар (при условии отсутствия послеоперационного нагноения ранки) грыж, как правило, не возникает. Однако расширение доступа для удаления желчного пузыря больших размеров при остром холецистите, содержащего крупные конкременты либо забитого множеством мелких камней, приводит к ухудшению местных репаративных процессов.

В ретроспективном исследовании для определения факторов, достоверно влияющих на развитие послеоперационных грыж после ЛХЭ, был выполнен статистический анализ связи признаков по непараметрическому методу Спирмена.

Полученные данные позволили говорить о статистически достоверном влиянии на развитие грыж следующих факторов: 1) возраст больных старше 60 лет; 2) наличие ожирения I–III степени — индекс массы тела (ИМТ) 30–50 кг/м; 3) функциональная недостаточность соединительной ткани; 4) нагноение операционной раны.

В проспективном исследовании анализировались возможности профилактики нагноения послеоперационной раны и исследовалась эффективность использования иглы для ушивания троакарных ран Endoclose.

Антибиотикопрофилактику применили у 37 больных, которым была произведена ЛХЭ по поводу острого холецистита. Для этого использовали препарат «Амокси-клав», который вводили внутривенно в дозе 1,2 г перед операцией и в первые сутки послеоперационного периода. В группу сравнения вошли 40 больных, которым проводили антибактериальную терапию цефалоспорином III поколения в течение семи суток внутримышечно в сочетании с метронидазолом внутривенно в течение трех суток. В основной группе у одного больного сформировался инфильтрат в области ложа желчного пузыря без абсцедирования. В группе сравнения инфильтрат в области ложа желчного пузыря без абсцедирования сформировался у двух больных, абсцесс подпеченочного пространства — у одного, нагноение послеоперационной раны отмечено у одного больного. Необходимо отметить, что спустя месяц после выписки из стационара у больного с нагноением послеоперационной раны образовалась послеоперационная грыжа.

Для оценки эффективности методики с использованием иглы Endoclose было проведено стратифицированное рандомизированное исследование на двух группах пациентов по 50 человек в каждой. В основной группе ушивание троакарной раны производилось при помощи иглы Endoclose, в группе сравнения использовали ручной способ закрытия раны. Все пациенты обеих групп были старше 60 лет. В основной группе средний ИМТ составил $35,1 \pm 3,7$ кг/м; в группе сравнения — $34,3 \pm 3,5$ кг/м. У всех пациентов имелись основные неконтролируемые факторы возникновения грыж. В основной группе грыжи сформировались у 10% пациентов, в то время как в основной группе случаев образования грыж не отмечено.

Заключение. Из выявленных факторов лишь состояние послеоперационной раны и способ ее ушивания являются контролируемыми. Поэтому мероприятия по профилактике образования грыж должны быть направлены именно на эту группу. Проведение антибиотикопрофилактики у больных с деструктивными формами холецистита позволило снизить количество инфекционных осложнений не только со стороны послеоперационной раны, но и в зоне оперативного приема. Анализ эффективности методики применения иглы Endoclose, произведенный методом сравнения частот бинарного признака в двух независимых группах, показал, что данная методика позволяет добиться достоверного снижения частоты риска образования троакарных грыж.

Новые материалы в хирургии генитального пролапса

С. В. Камоева, Е. А. Панова, И. С. Долгова, А. И. Алехин,
А. А. Казанцев

ФГБУЗ «Центральная клиническая больница» Российской академии наук, г. Москва

Актуальность проблемы. Проблема эффективности и безопасности лечения генитального пролапса на современном этапе обусловлена использованием различных технологий с применением синтетических материалов для обеспечения долгосрочного эффекта лечения. Как не существует идеальной операции для коррекции той или иной патологии, так и не существует идеального материала для имплантации. Поиск новых материалов для имплантации продолжается. Современные имплантаты из полипропилена и PVDF не отвечают всеми требованиями к имплантируемым синтетическим материалам, вызывая «съезживание» протеза практически во всех случаях, а это главная причина более и неудовлетворительных результатов лечения [1]. Имплантируемый материал на первом этапе должен играть роль эндопротеза, а в последующем — обеспечивать адекватное ремоделирование собственной соединительной ткани пациента, которая будет иметь близкое к нормальному гистологическое строение и являться определяющей в отношении прочности и функциональных характеристик оперированной области. Этим свойствам в большей степени соответствует сетчатый эндопротез «Титановый шелк», выполненный из сверхтонкой титановой нити путем основывающего металлотрикотажа [2]. Данный материал обладает высокими пластическими характеристиками и может быть моделирован путем разрезания. Это обеспечивается преобладанием более зрелого коллагена I типа по сравнению с III типом при использовании PP-сеток.

Материалы и методы. В отделении тазовой хирургии центра тазовой хирургии и эстетической гинекологии Центральной клинической больницы РАН за период с мая 2017 по август 2018 года прооперированы 60 пациенток с передним и апикальным пролапсом (период наблюдения от 6 до 12 месяцев). Пациенткам с целью коррекции дефектов фасциально-связочного аппарата имплантирован материал «титановый шелк»: сетка размерами 11,0 × 6,0 см из титановой нити Grade 1 диаметром 0,06 мм, с поверхностной плотностью 30–50 г/м² и ячейками не более 2 × 2 мм. Имплантат легко режется ножницами без распускания структуры, моделируется и возвращается в исходное состояние, не меняя своих характеристик. Всем пациенткам выполнен органосохраняющий объем оперативного вмешательства, заключающийся в установке имплантата путем проведения билатеральной сакроспинальной и передней трансобтураторной гистеро-кольпопексии. Сетка проводилась через обтураторную мембрану и фиксировалась к в области средней трети сакроспинальной связки билатерально (апикальная поддержка) с помощью специальных проводников и прошивателя SERA Pro нитью пролен (00,0). Важно отметить, что из-за свойств материала при оперативном лечении используется в несколько раз меньше инородного материала по сравнению со стандартными методиками.

Результаты собственных исследований. Средняя продолжительность операции составила 34,4 ± 5,3 минуты. Ранние послеоперационные осложнения: фебрильная лихорадка — первые сутки — 3 (5,8%) случая, атония мочевого пузыря — (цистоцеле III стадии POP-Q; Aa + 5) — 1 (1,9%) случай, диспареуния — 3 (5,1%) случая. За период наблюдения через 4, 6, 12 месяцев нами не выявлено ни одного случая возникновения эрозии, укорочения влагиалища. Однако отмечено 3 (5,8%) случая стрессового недержания мочи *de novo* легкой степени тяжести. Рецидив цистоцеле I стадии (POPQ) отмечен у 4 (6,7%) пациенток в первые 4–6 месяцев наблюдения. Рецидива апикального пролапса не отмечено ни у одной пациентки. При УЗИ органов малого таза сетка четко визуализируется, подвижна, расправлена, не деформирует подлежащие ткани и стенку мочевого пузыря. При бимануальном исследовании имплантат не пальпируется, вагинальная стенка над ним подвижна, сохраняет эластичность, определяются лишь четыре точки фиксации имплантата: обтураторные мембраны, сакроспинальные связки.

Заключение. Впервые проведенные оперативные вмешательства при переднем и апикальном пролапсе с применением имплантата из титанового шелка путем билатеральной сакроспинальной и передней трансобтураторной гистеро-кольпопексии показали его безопасность и высокую эффективность при периоде наблюдения 12 месяцев.

Список литературы

1. Maher C, Feiner B, Baessler K et al. Transvaginal mesh or grafts compared with native tissue repair for vaginal prolapse. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 2: CD012079.
2. Лимонов А. В. Первый клинический опыт применения сетчатых эндопротезов из титановой нити при аллопластике паховых грыж у сотрудников МВД, МЧС. Лимонов А. В., Титов Д. А., Забродин В. В., Валиев Э. Ф. *Медицинский вестник МВД*. Том LXVIII, № 1, 2014, стр. 49–51. УДК 614.2: 356.33.

Краткосрочные и отдаленные результаты использования мобильных приложений в программах физической реабилитации пациентов, перенесших инфаркт миокарда

С. Л. Понькин¹, О. В. Цыганкова^{1,2}, Е. Л. Федорова¹,
З. Г. Бондарева¹

¹ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России; ²Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины — филиал ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр Институт цитологии и генетики» Сибирского отделения Российской академии наук; г. Новосибирск

Цель: оценить краткосрочные и отдаленные результаты использования мобильных приложений, отслеживающих двигательную активность, в программах физической реабилитации пациентов, перенесших инфаркт миокарда.

Материалы и методы. Обследовано 256 пациентов (85 [33,2%] мужчин) в возрасте 62,6 ± 10,4 года, перенесших инфаркт миокарда от 5 дней до 4 месяцев назад (медиана 21 [6; 63] день), участвовавших в программе кардиореабилитации на санаторном и амбулаторном этапах. Пациенты

были рандомизированы в две группы: первую (опытную), использовавшую трекеры активности, куда вошли 137 человек (53,5%) и вторую (контрольную), не использовавшую их, — 119 человек (46,5%). В момент поступления в санаторий, перед выпиской (на 12-й день) и через шесть месяцев после пребывания в нем проводился тест шестиминутной ходьбы (ТШХ1, ТШХ2 и ТШХ3 соответственно). Изменения этих параметров в динамике оценивались как разность между вторым и первым ($p\text{ТШХ}2-1 = \text{ТШХ}2 - \text{ТШХ}1$), третьим и первым ($p\text{ТШХ}3-1 = \text{ТШХ}3 - \text{ТШХ}1$) результатами теста, и сопоставлялись в двух группах.

Результаты и их обсуждение. Несмотря на то что результаты ТШХ1, проводившегося при поступлении пациента в санаторий, не различались между двумя группами ($F = 0,671$; $p = 0,414$), начиная с середины курса реабилитации, возникла и стала нарастать разница в результатах ТШХ между пациентами, использовавшими и не использовавшими трекеры движения. Так, ТШХ2, проводившийся в конце второй недели пребывания в отделении санатория, выявил статистически значимую разницу ($F = 12,633$; $p < 0,001$), достигшую еще больших значений через шесть месяцев после прохождения пациентами этапа санаторной кардиореабилитации ($F = 43,784$; $p < 0,001$). Также в опытной

группе отмечен более выраженный прирост расстояния, проходимого в процессе выполнения второго ($p\text{ТШХ}2$; $F = 33,408$; $p < 0,001$) и третьего теста шестиминутной ходьбы ($p\text{ТШХ}3$; $F = 98,825$; $p < 0,001$)

Выводы и рекомендации. В группе пациентов, использовавших в процессе прохождения санаторного и амбулаторного этапов кардиореабилитации мобильные приложения для оценки уровня двигательной активности, в отличие от контрольной значительно улучшаются итоговые показатели физической реабилитации, а достигнутый результат сохраняется на протяжении шести месяцев.

Список литературы

1. Hamilton S. J., Mills B., Birch E. M., Thompson S. C. Smartphones in the secondary prevention of cardiovascular disease: a systematic review. *BMC Cardiovasc Disord.* 2018 Feb 7; 18 (1): 25. doi: 10.1186/s12872-018-0764-x.
2. Nagic J., Thein P. M., Cameron J., Mirzaee S., Ithayhid A., Nasis A. The utility of personal activity trackers (Fitbit Charge 2) on exercise capacity in patients post acute coronary syndrome [UP-STEP ACS Trial]: a randomised controlled trial protocol. *BMC Cardiovasc Disord.* 2017 Dec 29; 17 (1): 303. doi: 10.1186/s12872-017-0726-8.
3. Понькин С. А., Цыганкова О. В., Федорова Е. Л., Бондарева З. Г. Использование мобильных приложений смартфонов для оценки двигательной активности пациентов, перенесших инфаркт миокарда // «Кардиология XXI века: альянсы и потенциал» Всероссийский научный форум с международным участием. Материалы — Томск: НИИ кардиологии, Томский НИМЦ. 2018. — С. 126–128.



Компания «Новартис Фарма» провела пресс-конференцию, посвященную псориазу

В Москве, 3 декабря 2018 года, в Международный день инвалидов компания «Новартис Фарма» в России провела пресс-конференцию, посвященную псориазу, социально значимому заболеванию, несвоевременная диагностика и малоэффективная терапия которого может приводить к потере трудоспособности и последующей инвалидизации пациентов.

По официальным данным, псориазом страдают более 125 миллионов человек по всему миру⁵. В России, в 2016 году показатель его распространенности составил 234,8 на 100 тыс. населения⁶. Сегодня псориаз рассматривается не только в разрезе сопутствующих эстетических проблем, но и как тяжелое иммуноопосредованное заболевание, оказывающее негативное влияние на качество жизни пациента.

Данное наблюдение выявило, что пациенты с псориазом ожидают от лечения нечто большее, чем просто чистую кожу. Для пациентов важно, чтобы результаты терапии сохранялись длительно, важна безопасность использованной терапии, в частности, хорошая переносимость инъекций и отсутствие реакции в месте инъекции. Наименее важными факторами признаны количество инъекций и частота инъекций¹.

Также пациенты признали важными такие показатели, как эффективность лечения разнообразных форм псориаза, особенно таких как псориатический артрит (может развиваться у 40% пациентов⁷), псориаз ногтей, ладонно-подошвенный псориаз или псориаз волосистой части головы (в длительной перспективе, могут развиваться у 90% пациентов^{7–10})¹.

Лариса Сергеевна Круглова, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой дерматовенерологии и косметологии ФГБУ ДПО Управления делами президента РФ, отметила: «Процесс лечения пациентов с псориазом должен учитывать их потребности и желания, ведь симптомы этого заболевания, помимо физиологических страданий, оказывают сильное психологическое и эмоциональное воздействие. Это особенно важно для тех, кто имеет среднетяжелые и тяжелые формы псориаза. В таких случаях инновационная терапия с применением генно-инженерных биологических препаратов позволяет бороться с заболеванием комплексно, обеспечивая пациенту не только чистую кожу и предотвращая системное влияние на весь организм, что предотвращает инвалидизацию ввиду патогенетического влияния на механизмы воспаления».

Доступность биологической терапии для пациентов является сегодня одной из наиболее непростых проблем, так как получить эти препараты на льготной основе возможно только при наличии статуса инвалида. При этом основная задача такого лечения — предотвратить инвалидизацию, а значит дать возможность пациенту получить препарат до наступления необратимых процессов в организме.

«По данным недавнего проведенного фармакоэкономического анализа, охватившего несколько ключевых линий терапии псориаза, реальные расходы на биологическую терапию в среднем находятся в диапазоне 2–3 млн рублей на одного пациента за три года⁴. При этом линия терапии

препаратом секукинумаб имеет наименьший показатель («затраты-эффективность» в расчете на одного пациента с достигнутым эффектом при оценке по индексу PASI 90⁴). Таким образом, с клинико-экономической точки зрения, терапия препаратом секукинумаб является наиболее рациональным выбором для лечения среднетяжелого и тяжелого псориаза», — отметил в ходе выступления проф. С. К. Зырянов, заведующий кафедрой общей и клинической фармакологии ФГАОУ ВО «Российский Университет Дружбы Народов», заместитель главного врача по терапии ГКБ 24 ДЗ.

Козэнтикс: новые возможности в лечении псориаза

- Наблюдение за пациентами с псориазом, проведенное при поддержке компании «Новартис», подтвердило, что на первом месте по важности для них является получение чистой кожи, но помимо этого они ждут и других эффектов от лечения, например, долгосрочной эффективности и безопасности применения, а также хорошей переносимости в месте инъекций¹
- Инновационный препарат Козэнтикс (МНН: секукинумаб) позволяет добиться полного или почти полного очищения кожи у 80% пациентов со среднетяжелым и тяжелым течением псориаза²; обеспечивает стабильное сохранение среднего абсолютного показателя PASI⁴ в течение 5 лет наблюдения³
- Терапия препаратом Козэнтикс — рациональный выбор для лечения псориаза и псориатического артрита с клинико-экономической точки зрения⁴

Ссылки и список литературы

1. Armstrong A. et al. Patient perceptions of clear/almost clear skin in moderate-to-severe plaque psoriasis: results of the Clear About Psoriasis worldwide survey. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2018 May 6. doi: 10.1111/jdv.15065. [Epub ahead of print]
2. Blauvelt A et al. Secukinumab is superior to ustekinumab in clearing skin of subjects with moderate-to-severe plaque psoriasis up to 1 year: Results from the CLEAR study. *J AM ACAD DERMATOL.* 2017; 76: 60–69. e9
3. Bissonnette R. et al. Secukinumab Demonstrates High Sustained Efficacy and a Favorable Safety Profile in Patients with Moderate to Severe Psoriasis through 5 Years of Treatment (SCULPTURE Extension Study). *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2018 Feb 14. doi: 10.1111/jdv.14878. [Epub ahead of print]
4. Зырянов С. К., Чеберда А. Е., Белоусов Д. Ю. Фармакоэкономическое исследование препаратов, применяемых при лечении псориаза среднетяжелой и тяжелой степени у пациентов с неэффективностью базовой системной терапии. Клиническая фармакология и терапия. 2018, 27 (4).
5. International Federation of Psoriasis Associations (IFPA) World Psoriasis Day website. About Psoriasis. Available at: <http://www.worldpsoriasisday.com/web/page.aspx?refid=114> (link is external). Last accessed January 2018.
6. Кубанова А. А., Кубанов А. А., Мельникова Л. Е., Богданова Е. В. Анализ состояния заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки в Российской Федерации за период 2003–2016 гг. Вестник дерматологии и венерологии. 2017;(6):22–33. DOI: 10.25208/0042-4609-2017-93-6-22-33
7. Mease P. J. et al. Managing patients with psoriatic disease: the diagnosis and pharmacologic treatment of psoriatic arthritis in patients with psoriasis. *Drugs* 2014;74:423–41
8. Baran R. The burden of nail psoriasis: an introduction. *Dermatol.* 2010;221 Suppl 1:1–5.
9. Kumar B. et al. Palmoplantar lesions in psoriasis: a study of 3065 patients. *Acta Dermatol Venereol.* 2002;82:192–5
10. Zampieron A. et al. Quality of life in patients with scalp psoriasis. *G Ital Dermatol Venereol.* 2015 Jun;150(3):309–16
11. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Козэнтикс. Регистрационный номер ЛП-003780.

*PASI — индекс тяжести и распространенности псориаза

