

# ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С АКНЕФОРМНЫМИ ДЕРМАТОЗАМИ

*Музыченко А.П., Качук М.В.*

*УО «Белорусский Государственный Медицинский Университет»*

## **Резюме.**

В данной статье проводится анализ оценки качества жизни пациентов с акнеформными дерматозами. Было обследовано 225 пациентов с акне, розацеа и периоральным дерматитом в возрасте от 14 до 75 лет с проведением некоторых психологических тестов. Косметические дефекты могут оказывать большое влияние на качество жизни людей с этими заболеваниями.

**Ключевые слова:** акне, розацеа, периоральный дерматит, качество жизни, шкала самооценки депрессии Цунга.

## **FEATURES PSYCHOSOMATIC PATIENTS WITH ACNEIFORM DERMATOSES**

*Musychenka A.P., Kachuk M.V.*

## **Abstract.**

In this article there is a analysis of life quality of patients with acneiform dermatoses. 225 patients suffering from acne, rosacea, perioral dermatitis at ages between 14 and 75 underwent some psychological tests of examination with special regard to verification of their psychiatric symptoms. As a result, the cosmetic disfigurement may be of great importance on the lives of persons with these diseases.

**Key words:** acne, rosacea, perioral dermatitis, life quality, Zung Self-Rating Depression Scale.

## **Введение.**

Заболевания фациальной локализации являются актуальной проблемой современной дерматологии. Лицо является одним из ключевых средств межличностной коммуникации и наличие косметического дефекта играет важную роль в развитии психоэмоциональных расстройств у пациентов и может явиться причиной психогений [2].

Роль психогенных факторов в развитии многих кожных заболеваний несомненна. Общее эмбриональное происхождение кожи и центральной нервной системы обуславливает тесную взаимосвязь между ними. Часто психогенные факторы выступают в качестве триггеров манифестации или эксацербации заболевания, а дерматологическая патология, в свою очередь, может послужить причиной психопатологических расстройств [1, 14].

Несмотря на то, что акне, розацеа и периоральный дерматит не представляют угрозы для жизни, их хронический и торпидный характер негативно отражается на межличностных отношениях, профессиональной

деятельности, значительно снижает самооценку пациентов и, как следствие, качество их жизни. Высокая заболеваемость акнеформными дерматозами и сопутствующие им косметические дефекты объясняют медицинскую и социальную значимость этой проблемы.

Психосоматические заболевания составляют от 14 до 18% всех дерматозов. Для дифференциально-диагностического понимания болезни важно помнить о единстве биологических и социально-психологических механизмов происхождения психопатологических и соматических расстройств. Тревога и депрессия могут участвовать в патогенезе многих заболеваний, существенно осложняя их течение и прогноз [3, 4].

Попытки изучения соматопсихических соотношений при хронических дерматозах предпринимались многими исследователями. По данным А. Picardi, развитие психических расстройств на фоне хронических дерматозов зависит в первую очередь от локализации высыпаний. Кроме того, наибольшая доля психогений приходится на женщин с поражением кожи открытых участков тела [5]. Наблюдается взаимосвязь характеристики кожных (локализация, выраженность, распространенность) и психопатологических (структура и тяжесть) проявлений [6, 7, 8].

Акне – одно из наиболее частых заболеваний кожи, поражающее до 85 % людей в возрасте от 12 до 24 лет. Кроме того, в возрастных группах 25-34 и 35-44 лет заболеваемость акне составляет 8 и 3% соответственно. Розацеа – достаточно распространенное заболевание фациальной локализации, отличающееся хроническим, прогрессивным течением, стадийностью клинических проявлений и рефрактерностью к проводимой терапии; среди дерматологических диагнозов оно составляет около 5-7% [9, 13]. До настоящего времени причина дерматоза полностью не установлена, а гипотезы, касающиеся патогенеза, многочисленны и противоречивы. Периоральный дерматит – мультифакториальное заболевание кожи лица с хроническим рецидивирующим течением, в развитии которого важное значение имеют экзогенные факторы. Не смотря на большое количество работ по изучению акнеформных дерматозов, актуальным остается вопрос об изучении роли психоэмоциональных расстройств в формировании и течении данных заболеваний.

**Цель исследования:** изучить особенности психоэмоциональной сферы у пациентов с акнеформными дерматозами с использованием дерматологического индекса качества жизни и шкалы самооценки тревоги Цунга.

### **Материалы и методы.**

Изученная выборка составлена из пациентов, проходивших обследование и лечение на базе УЗ «Городской клинический кожно-венерологический диспансер» г. Минска с 2010 по 2014гг.

Объектом исследования явилась клиническая группа, состоящая из 225 пациентов (148 женщины, 77 мужчин) с диагнозами: «L70.0 Угри обыкновенные (acne vulgaris)», «L71 Розацеа» и «L71.0 Периоральный

дерматит» по МКБ 10 пересмотра. Возраст пациентов составил от 14 до 75 лет, длительность заболевания – от 3 месяцев до 16 лет (таблица 1).

Таблица 1.  
Общая характеристика выборки (n=225)

Верифицированный диагноз	Угри обыкновенные	Розацеа	Периоральный дерматит
Общее число больных	101	87	27
Женщины	59	56	23
Мужчины	42	31	4
Возраст, лет (M±m)	23,3±1,1	44,9±2,1	35,3±1,2
Длительность заболевания, лет (M±m)	8,8±1,3	12,7±2,4	3,6±1,4

Критерии включения пациентов в исследование: пациенты (мужчины и женщины) с верифицированным диагнозом акне, розацеа, периоральный дерматит в возрасте от 14 до 75 лет, способные к адекватному сотрудничеству в процессе исследования.

Критерии исключения: возраст больных до 14 лет, пациенты с тяжелой соматической (туберкулез, онкологические заболевания и др.) и психоневрологической патологией (органические заболевания центральной нервной системы, токсикомания и алкоголизм), препятствующей проведению исследования.

У 56,4% пациентов наблюдалась сохранная социальная адаптация (большинство пациентов учились и работали), при анализе семейного статуса выявлено, что 35,1% из обследованных никогда не состояли в браке или были разведены (таблица 2).

Таблица 2.  
Социодемографические характеристики выборки (n=225).

Число больных	Пол		Профессиональный статус		Семейный статус	
	мужчины	женщины	работают/ учатся	иждивенцы/ инвалиды	в браке	одинокие/ разведенные
абс.	77	148	127	98	146	79
%	34,2	65,8	56,4	43,6	64,9	35,1

Оценка качества жизни осуществлялась методом анкетирования. Для изучения влияния розацеа на психологический статус пациентам было предложено пройти тестирование по двум анкетам: 1) тестирование по

дерматологическому индексу качества жизни (ДИКЖ), русифицированному Н. Г. Кочергиным (2001 г.), варианту индекса Finlay (Dermatology Life Quality Index - DLQI; A.Y. Finlay, 1994), оценивающему влияние дерматологического заболевания на качество жизни больного. ДИКЖ состоит из 10 пунктов. Оценочные показатели ДИКЖ: от 0 до 3 баллов, максимальная сумма баллов – 30 (качество жизни пациента обратно пропорционально сумме баллов) [11];

2) тестирование по шкале Цунга (Zung Self-Rating Depression Scale) для скрининговой оценки уровня депрессии пациентов и определения степени депрессивного расстройства. Шкала содержит 20 вопросов, на каждый из которых пациент дает ответ по частоте возникновения у него того или иного признака, ранжированной в четырех градациях: "крайне редко", "редко", "часто" и "большую часть времени или постоянно". При анализе результатов оценка проводится по семи факторам, содержащим группы симптомов, отражающих чувство душевной опустошенности, расстройство настроения, общие соматические и специфические соматические симптомы, симптомы психомоторных нарушений, суицидальные мысли и раздражительность/нерешительность [10]. Результат в 50 баллов и выше расценивается как депрессия, в зависимости от набранной суммы баллов определяется клинический уровень депрессии (легкая депрессия ситуативного или невротического генеза, умеренная и истинная депрессия).

Статистическая обработка результатов осуществлена с применением пакета статистических программ Statistica 6.0. Проводилась оценка рядов наблюдений на тип распределения с уровнем значимости 95%. Нормально распределяемые показатели приводились в их среднем значении со средней квадратичной ошибкой:  $M \pm m$ . Сравнение рядов наблюдений проводилось с использованием t-критерия Стьюдента. При этом достоверность результатов соответствовала 0,05 при условии нормального распределения исследуемых признаков.

### **Результаты.**

Результаты исследования показали, что у большинства пациентов наблюдаются депрессивно - тревожные тенденции, а также снижение уровня качества жизни.

На предшествующие психотравмирующие ситуации (внутрисемейные и межличностные конфликты, смерть или длительная хроническая болезнь родственников, неудачи в профессиональной сфере) как на фактор, провоцирующий манифестацию или обострение заболевания, указывали 66,2% (n = 149) обследованных, из них – 97 (65,1%) женщины. Большинство пациентов указывали на чувство неуверенности в себе, снижение настроения, эмоциональную лабильность, подавленность, плаксивость, раздражительность, «избегающее поведение», сложности в межличностном общении. Кроме того, 10,7% (n=24) пациентов предъявляли жалобы, носившие преувеличенный характер, не соответствующий истинной клинической картине имеющегося дерматологического процесса.

Результаты исследования показали, что у всех обследованных выявлены нарушения психоэмоционального статуса разной степени выраженности: у

большинства пациентов наблюдались депрессивно - тревожные тенденции, а также снижение уровня качества жизни. В результате проведенного тестирования ДИКЖ составил  $15,7 \pm 3,2$  баллов у женщин и  $12,4 \pm 3,1$  баллов у мужчин. При этом максимальные значения ДИКЖ (30 баллов) отмечались у 4,0% пациентов (у 3 пациентов с акне и 6 пациентов с розацеа). Кроме того показатели ДИКЖ коррелировали со степенью тяжести заболевания, т. е. при более тяжелом течении дерматоза наблюдалось более выраженное снижение качества жизни ( $r=+0,33$  при  $p<0,01$ ).

Установлено, что различной степени выраженности депрессия имела место у 113 (67,3%) пациентов с акнеформными дерматозами. При этом по шкале самооценки депрессии Цунга у 65,8% (n=148) пациентов выявлен средний уровень тревожности, у 8,4% (n=19) – высокий уровень тревожности и у 25,8% (n=58) пациентов – легкая депрессия ситуативного или невротического генеза (рис. 1).

Рисунок 1. Показатели тревоги у пациентов с акнеформными дерматозами



У 61,8% пациентов отмечены высокие показатели, отражающие симпатикотонические вегетативные девиации, сопутствующие тревожности – учащенное сердцебиение, повышенное потоотделение, приступы головокружения и слабости и т. п. Вместе с тем выраженность психоэмоциональных расстройств не имела прямой зависимости от степени тяжести патологического процесса.

#### **Выводы.**

1. Наличие дерматоза с клиническими проявлениями на коже лица (акне, розацеа, периоральный дерматит) оказывает существенное негативное влияние на психосоциальный статус пациентов. Практически у всех обследованных выявлены психоэмоциональные расстройства различной степени тяжести, коррелирующие со степенью тяжести дерматоза.

2. Проведенное исследование демонстрирует коморбидность дерматологической патологии с нарушением психоэмоционального статуса. Наряду с дерматологическим обследованием пациентам с акнеформными дерматозами рекомендовано дополнительное тестирование по шкале Цунга с определением дерматологического индекса качества жизни для решения вопроса о своевременном проведении рациональной психофармакотерапии.

### **Литература.**

1. Овсянников С.А., Цыганков Б.Д. Пограничная психиатрия и соматическая патология. 2001; 40 – 7.
2. Раева Т.В. Психические расстройства в дерматологической практике. Автореф. дис. ... докт. мед. наук. Томск, 2006.
3. MacHale S. Managing depression in physical illness. *Advanc Psychiat treatm* 2002; 8: 297–305.
4. Александровский Ю.А., Палько О.Л., Новиков Д.А., Чехонин В.П. Особенности клинко-иммунологического статуса больных с пограничными расстройствами. *Росс. конф. "Аффективные и шизоаффективные расстройства"*. М., 2003; с. 223–5.
5. Picardi A., Abeni D., Renzy C. et al. Increased Psychiatric Morbidity in Female Outpatients with Skin Lesions on Visible Parts of the Body. *Acta Derm Venerol* 2001; 81: 410–4.
6. Hughes JE, Barraclough BM, Hamblin LG, White JE. Psychiatric symptoms in dermatology patients. *Br J Psychiatry* 1983; 143: 1–54.
7. Wessely SC, Lewis GH. The classification of psychiatric morbidity in attenders at a dermatology clinic. *Br J Psychiatry* 1989; 155: 686–91.
8. Раева Т.В. Психические нарушения при хронических кожных заболеваниях у подростков. Дис. ... канд. мед. наук. Томск, 1998.
9. Адаскевич В.П. Акне вульгарные и розовые. Москва. - Москва: Медицинская книга, Н.Новгород: Издательство НГМД, 2005. - 160 с.
10. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961; 4: 561-571.
11. Finlay A.Y., Khan G.K. // *Clin. Exp. Dermatol.* — 1994. — V. 19. — P. 210—216.
12. Zung W.W. A Self-rating Depression Scale // *Arch. Gen. Psychiat.* 1965. Vol. 12. P. 63.70.
13. Потекаев Н.Н. Розацеа. Санкт-Петербург. – Москва – Санкт-Петербург: ЗАО «Издательство БИНОМ», - «Невский диалект», 2000. – 144 с.
14. Смулевич А.Б., Иванова О.Л., Львов А.Н., Дороженок И.Ю. Современная психодерматология: анализ проблемы. // *Росс. журнал кожн. и вен. болезней* – 2006. – №6 . – С. 33-40 .