

УДК: 616.53-002.282

Силина Лариса Вячеславовна

доктор медицинских наук, профессор,
кафедра дерматовенерология,
Курский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения РФ
novikovalexandra2012@mail.ru

Бобракова Александра Александровна

аспирант кафедры дерматовенерология,
Курский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения РФ
novikovalexandra2012@mail.ru

Larisa V. Silina

doctor of medical sciences, professor,
department dermatovenereology,
Kursk state medical university
Ministries of Health of the Russian Federation
novikovalexandra2012@mail.ru

Aleksandra A. Bobrakova

graduate student of department dermatovenereology,
Kursk state medical university
Ministries of Health of the Russian Federation
novikovalexandra2012@mail.ru

АНАЛИЗ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ РОЗАЦЕА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ

ANALYSIS OF THE PSYCHOEMOTICAL CONDITION IN PATIENTS WITH DIFFERENT FORMS OF ROSAZEA UNDER THE USE OF STANDARD THERAPY

Аннотация. В данной статье речь идет об особенностях психоэмоционального статуса больных различными формами розацеа. Нами были проанализированы исследования, посвященные особенностям психоэмоционального статуса больных розацеа, способов его оценки, проведенные различными исследователями. Выявлено то, что для пациентов, страдающих розацеа, характерны следующие проявления нарушений психоэмоционального состояния: тревожность, нарушение самооценки, эмоциональное напряжение, депрессии и иные психосоматические

расстройства. Основной вывод заключается в том, что глубина психоэмоциональных нарушений у больных розацеа находится в прямой зависимости от тяжести течения заболевания.

Ключевые слова: розацеа, психоэмоциональный статус, пациент, качество жизни, депрессия, тревожность, психологический статус.

Abstract. *This article deals with the peculiarities of the psychoemotional status of patients with various forms of rosacea. We have analyzed the studies devoted to the peculiarities of the psychoemotional status of rosacea patients, the methods of its evaluation, conducted by various researchers. It is revealed that for patients suffering from rosacea, the following manifestations of disorders of the psychoemotional state are characteristic: anxiety, violation of self-esteem, emotional tension, depression and other psychosomatic disorders. The main conclusion is that the depth of psychoemotional disorders in patients with rosacea is directly related to the severity of the course of the disease.*

Key words: *rosacea, psychoemotional status, patients, quality of life, depression, anxiety, psychological status.*

Актуальность исследования по данной теме обусловлена тем фактом, что впечатление о человеке создаётся, в первую очередь, визуальным его восприятием, в котором основную роль играет состояние кожи его лица. Все заболевания, поражающие данную область, оказывают прямое эмоциональное воздействие как на человека, страдающего данным заболеванием, как и на тех, кто с ним контактирует; причём это воздействие оказывает значительное влияние на качество жизни больных и может способствовать развитию значительных психических расстройств.

Необходимо также отметить, что зачастую имеет место несоответствие между существующими заболеваниями у больного и его объективной оценкой тяжести поражения кожи [2, С.18].

Кожные заболевания, которые поражают открытые участки тела (лицо, шея), представляют собой инвалидизирующие факторы в рамках повседневной жизни больных. Пациенты, страдающие такими заболеваниями, зачастую испытывают депрессию, беспокойство, у них наблюдается снижение самооценки и склонность к суицидальным идеям [1, С.79]. Особое внимание необходимо уделять депрессивному состоянию дерматологических пациентов. Так, отдельными исследователями выдвинута гипотеза о том, что между дерматологическими заболеваниями и ритмами депрессии формируется своего рода параллелизм [3, С.34].

Пациенты с розацеа и другими дерматологическими заболеваниями области лица испытывают значительные психологические расстройства и нарушения самооценки, приводящие к снижению качества жизни [1, С.80].

Несмотря на значительную частоту психических расстройств невротического уровня, практически отсутствуют данные об исследованиях, посвященных проблеме оценки психологического статуса больных с дерматозами области лица в дерматологической практике.

Розацеа (*acne rosacea*) представляет собой хроническое рецидивирующее заболевание кожи (в большинстве случаев – кожи лица), природа которого является полиэтиологической и которое характеризуется стадийным протеканием. В соответствии с клинко-морфологической классификацией, которая была предложена Е.И. Рыжковой в 1976 году, имеется четыре стадии розацеа, а именно: эритематозная (*rosacea erythematosa*), папулезная (*rosacea papulosa*), пустулезная (*rosacea pustulosa*), инфильтративно-продуктивная (*rhinophyma*) [3, С.33].

Психоэмоциональные патологии у больных розацеа в большинстве случаев ведут к дезадаптации таких пациентов, что ведет к существенному снижению ответа на стандартную дерматологическую терапию. Детерминированность нозогенных реакций обусловлена комплексом факторов, имеющих психологический, социальный, личностный и биологический характер, а кроме того, включающих также и объективные параметры течения заболевания, среди которых можно назвать следующие:

- высокая субъективная значимость соматического страдания;
- тяжесть симптомов проявления розацеа, оказывающих отрицательное влияние на качество жизни и ведущих к ограничениям в социальной и профессиональной сферах жизнедеятельности пациента [4, С.39].

На настоящий момент существуют отдельные исследования, включающие оценку психоэмоционального статуса и качества жизни пациентов с розацеа, поражающим лицевую область.

Так, например, можно назвать исследование, которое было проведено на кафедре дерматовенерологии лечебного факультета ФГБОУ ВО КГМУ на базе БУЗ ООКВД и БУЗ ККВД в период с 2014 по 2017 гг. В качестве основы данного исследования выступил лабораторный и клинический материал, который был получен от 102 пациентов с розацеа в возрасте от 30 до 60 лет [5, С.19].

В качестве критериев включения были выбраны следующие:

- возраст от 30 до 60 лет;
- наличие розацеа в фазе обострения;
- длительность болезни от 1 года до 20 лет;
- письменное согласие пациентов.

Для того, чтобы изучить психологические особенности пациентов, принимавших участие в данном исследовании, была проведена оценка «Дерматологического индекса качества жизни» (ДИКЖ), модифицированного Г.Н. Кочергиным в 2001 году. Исследование в

соответствии с данным методом диагностики предполагает оценку пациентом уровня своего благополучия в соответствии с физическим, психическим, социальным и экономическим отношениями. В качестве цели анкетирования в соответствии с данной методикой выступало выявление влияния заболевания розацеа на жизнь пациента в течение прошедшей недели. Заполнение анкеты занимает 1-3 минуты, в ней имеется 10 вопросов, которые отражают наиболее общие аспекты изменения качества жизни при дерматологических заболеваниях. На каждый вопрос данной анкеты существует четыре варианта ответа, а именно: «нет», «незначительно», «умеренно», «очень сильно», оценка ведется в баллах от 0 до 3 соответственно. Вопросы анкеты направлены на оценку качества жизни пациентов в соответствии с шестью основными параметрами: симптомы и самочувствие (вопросы 1 и 2), ежедневная активность (вопросы 3 и 4), досуг (вопросы 5 и 6), работа/учеба (вопрос 7), личные отношения (вопросы 8 и 9), лечение (вопрос 10).

Оценка ДИКЖ производится в соответствии со следующими значениями:

- 21-30 баллов – значительное снижение;
- 11-20 баллов – снижение;
- 6-10 баллов – умеренное снижение;
- 2-5 баллов – незначительные изменения;
- 0-1 балл – без изменений.

Максимальный балл (30 баллов) говорит о том, что поражение качества жизни является наиболее тяжелым.

Следующим диагностическим методом послужила оценка уровня тревоги. Для того, чтобы определить тяжесть тревожного синдрома у пациентов в розацеа, была проведена оценка уровня тревоги с использованием шкалы Гамильтона (HARS). Время оценки в соответствии с данной шкалой определяется как «сейчас» или «в течение последней недели». Имеет место ранжирование баллов по всем 15 пунктам от 0 до 4. Суммарный балл может принимать значения в интервале от 0 до 56. В соответствии с первыми семью пунктами идет измерение соматической тревоги, а в соответствии со вторыми семью пунктами – измерение психической тревоги. Оба фактора могут также быть измерены отдельной суммой баллов.

Последняя методика исследования, которая была использована в данном случае – методика измерения уровня депрессии Зунге. В данном опроснике содержится 20 вопросов, причем на каждый вопрос может быть дано четыре варианта ответа, а именно: «никогда или изредка», «иногда», «часто», «практически всегда или постоянно». Оценка производится в баллах: 1, 2, 3 и 4 соответственно. Максимальный балл в данном исследовании составляет 80, что соответствует депрессии, имеющей крайнее выражение.

В соответствии с результатами, полученными в данном исследовании, значительные изменения ДИКЖ (21-30 баллов) были зафиксированы у 12,1% пациентов; у 44,4% пациентов ДИКЖ составил 11-20 баллов, у 33,3% - 6-10 баллов, в то время как ДИКЖ 2-5 баллов был зафиксирован у 5,6% пациентов, а ДИКЖ в размере 0-1 балл – только у 4,6% пациентов. Такие изменения можно объяснить тем, что длительное и изнуряющее течение заболевания с большим количеством рецидивов ведет, в большинстве случаев, к чрезмерному напряжению реактивных сил организма, что, в свою очередь, приводит к проявлению физических и психоэмоциональных нарушений у пациентов.

В процессе детального анализа ответов пациентов, страдающих розацеа, было выявлено, что в 66,7% случаев субъективные ощущения ведут к снижению качества жизни, в 61,1% случаев – влияют на социальную активность пациентов, в 55,6% случаев – вынуждают пациентов тем или иным образом менять свою ежедневную активность, а в 44,4% случаев у пациентов наблюдаются трудности сексуального характера. В значительно меньшей степени (22,2%) пациенты беспокоятся о вопросах, которые связаны с лечением.

Посредством диагностики с использованием шкалы депрессии Зунге были получены следующие результаты:

- у 44,4% пациентов наблюдаются признаки легкой депрессии;
- у 38,9% пациентов наблюдалось преобладание симптомов депрессии средней тяжести;
- у 16,7% пациентов признаки депрессии отсутствовали полностью.

Полученные в рамках применения данной методики результаты говорят о том, что имеет место их связь личными психоэмоциональными реакциями пациентов на те события, которые происходят в их жизни, а также на сам факт заболевания. Уровень депрессии, при котором бы требовалась консультация психотерапевта и назначение антидепрессантов, не был выявлен ни у одного из обследованных пациентов.

Оценка по шкале тревоги Гамильтона показала наличие симптомов тревоги у 38,9 % пациентов, принявших участие в исследовании, у 50,0 % - было выявлено тревожное состояние, у остальных пациентов (11,1 %) тревожное состояние отсутствовало. Вышеперечисленные проявления сопровождалось снижением настроения, плаксивостью, раздражительностью, нарушением сна в сочетании с идеями физического недостатка, который неприятен для окружающих. Такое состояние наблюдалось у пациентов с длительным и особо упорным течением заболевания.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что длительное течение розацеа ведет к снижению качества жизни, а также к развитию расстройств, имеющих тревожно-депрессивный характер. Вышесказанное говорит о

необходимости коррекции психоэмоционального статуса пациентов, страдающих розацеа.

В исследовании психоэмоционального статуса больных розацеа, проведенного Утц, Моррисоном и Давыдовой [6], был использован, кроме стандартных методик, также сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ), представляющий собой адаптивный и стандартизированный вариант теста Mini-Mult, который, в свою очередь, представляет собой адаптированный и стандартизированный вариант опросника ММРІ и предназначен для исследования личности пациентов.

В процессе описания психологического профиля пациента с розацеа обращают на себя особое внимание такие симптомы, как беспокойство, тревожность, а также уязвимость личности, сопровождающаяся приступами смущения. Применение в процессе диагностики опросника СМОЛ, который дает возможность оценки уровня психоэмоциональной устойчивости личности, степени интеграции свойств личности и уровень ее адаптации к социальному окружению, дало возможность выявить у пациентов с розацеа эмоционально-вегетативную неустойчивость, имеющую тенденцию к подавлению поведенческого отреагирования эмоционального напряжения, что и является причиной соматизации, которая представляет собой отреагирование через телесность [6, С.645].

При этом было выявлено, что пациенты с поздними стадиями заболевания (эритематозно-папулезно-пустулезной и инфильтративно-продуктивной) имеют на фоне повышенной возбудимости более жесткий самоконтроль и более выраженное внутреннее эмоциональное напряжение в сравнении с группой пациентов, имеющих более ранние стадии заболевания (эритематозную и эритематозно-папулезную), что может создать риск функциональных нарушений здоровья, а в случае его длительного существования может сформироваться психосоматическое расстройство. По мере угасания активности кожного процесса происходила постепенная редукция депрессивной симптоматики. Психопатологическая структура нозогенной депрессии в данном случае выражалась сниженным настроением, плаксивостью, раздражительностью, нарушениями сна, явлениями соматопсихической гиперестезии.

Особого интереса заслуживает применение методик оценки субъективного психологического восприятия пациентами с розацеа существующего у них заболевания со всеми его симптомами, которые влияют на различные аспекты жизни пациента. В первую очередь это относится к заболеванию розацеа, имеющему хронический характер протекания, с которым пациенту приходится «сосуществовать» относительно продолжительное время и которое значительным образом ухудшает качество его жизни. Среди таких методик необходимо назвать уже упоминавшийся

опросник ДИКЖ, который был разработан А. Finlay в начале 90-х годов прошлого века. Применение данного опросника целесообразно в случае пациентов, имеющих различные дерматологические заболевания, которые характеризуются хроническим течением. Формирование тревожно-депрессивных состояний у таких пациентов, нарушение их функционирования в социуме, изменение ДИКЖ подчеркивает необходимость внедрения оценки психоэмоционального статуса пациента в алгоритм обследования пациентов с розацеа, равно как и применение в рамках комплексной терапии не только традиционных терапевтических подходов к лечению данного заболевания, но также и коррекции отдельных психологических параметров личности пациента, причем такого рода коррекция должна быть направлена на то, чтобы избежать формирования психоэмоциональных и психосоматических расстройств у таких пациентов. Возможное назначение препаратов, действие которых направлено на нормализацию состояния вегетативной нервной системы и улучшение метаболизма головного мозга, может оказать положительное влияние на снижение остроты клинических проявлений розацеа.

С одной стороны, психотравмирующим факторам отводится значимая роль в развитии розацеа, а с другой – рецидивирующее хроническое протекание данного заболевания ведет к различным психоэмоциональным расстройствам, имеющим невротический характер.

В силу того, что психоэмоциональное напряжение может выступать в качестве одного из важных этиологических факторов в обострении розацеа, в составление программы лечения данного заболевания необходимо внедрение компонента, управляющего факторами психоэмоционального напряжения. Для того, чтобы снизить негативные психоэмоциональные проявления у больных розацеа, необходимо:

- применять медикаментозное лечение основного психоэмоционального расстройства;
- использовать метод биологической обратной связи;
- применять методы групповой психотерапии таких пациентов, использовать релаксационные методики и элементы гипнотерапии.

Таким образом, можно сделать общий вывод о том, что лечение пациентов с розацеа должно иметь комплексный характер, причем в лечении необходимо принимать во внимание все патогенетические звенья в развитии заболевания у каждого отдельно взятого пациента.

Литература:

1. Брйбеш М.Р. Оценка психологического статуса и качества жизни больных розацеа и периоральным дерматитом // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. – 2012. - №1-4. – С. 78-82.

2. Брибеш М.Р. Современные взгляды на этиологию, патогенез, клинические особенности и лечение больных розацеа и периоральным дерматитом // *Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология.* – 2014. - №1-4. – С. 17-21.

3. Волкова Е.Н., Осипова Н.К., Родина Ю.А., Григорьева А.А. Розацеа: новые подходы к старым проблемам // *Российский журнал кожных и венерических болезней.* - 2010. - №2. - С. 33-39.

4. Обгольц И.А., Немчанинова О.Б. Дифференцированный подход к лечению розацеа // *Клиническая дерматология и венерология.* - 2009. - №3. - С. 38-40.

5. Обгольц И.А. Клинические, психоэмоциональные и терапевтические аспекты розацеа, ассоциированной с кандидозной инфекцией. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. – Новосибирск, 2009. – 41 с.

6. Утц С. Р., Моррисон А.В., Давыдова А.В. Оценка психосоматических изменений и изучение состояния вегетативной нервной системы у больных розацеа // *Саратовский научно-медицинский журнал.* - 2012. - Т. 8. - №2. - С. 664–667.

Bibliography:

1. Bribesh M.R. Evaluation of the psychological status and quality of life of patients with rosacea and perioral dermatitis // *Dermatovenereology. Cosmetology. Sexopathology.* - 2012. - № 1-4. - P. 78-82.

2. Bribesh M.R. Modern views on the etiology, pathogenesis, clinical features and treatment of patients with rosacea and perioral dermatitis // *Dermatovenereology. Cosmetology. Sexopathology.* - 2014. - № 1-4. - P. 17-21.

3. Volkova EN, Osipova NK, Rodina Yu.A., Grigorieva AA Rosacea: new approaches to old problems // *Russian Journal of Skin and Sexually Transmitted Diseases.* - 2010. - №2. - P. 33-39.

4. Obgolts IA, Nemchaninova OB A differentiated approach to the treatment of rosacea // *Clinical dermatology and venereology.* - 2009. - №3. - P. 38-40.

5. Obgolts I.A. Clinical, psychoemotional and therapeutic aspects of rosacea associated with candidal infection. The dissertation author's abstract on competition of a scientific degree of the candidate of medical sciences. - Novosibirsk, 2009. - 41 p.

6. Utz SR, Morrison AV, Davydova AV Assessment of psychosomatic changes and study of the vegetative nervous system in patients with rosacea // *Saratov Journal of Medical Scientific Research.* - 2012. - Т. 8. - № 2. - P. 664-667.