

На правах рукописи

РУКАВИШНИКОВ

Григорий Викторович

**ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, КОМОРБИДНЫЕ ХРОНИЧЕСКИМ
ДЕРМАТОЗАМ ЛИЦА: КЛИНИКО-ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКАЯ
ХАРАКТЕРИСТИКА, ДИАГНОСТИКА, ОСОБЕННОСТИ
ОРГАНИЗАЦИИ КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Специальность 14.01.06 – Психиатрия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Санкт-Петербург

2017

Работа выполнена в ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет» Правительства РФ

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
Петрова Наталия Николаевна

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой психологии и педагогики ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова» МЗ РФ
Ванчакова Нина Павловна,
доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» МЗ РФ
Пашковский Владимир Эдуардович

Ведущая организация: ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России

Защита диссертации состоится 28 сентября 2017 г. в 10 часов 30 минут на заседании совета Д 208.093.01 по защите докторских и кандидатских диссертаций на базе ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава РФ (192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3)

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Минздрава РФ (192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3) и на сайте <http://bekhterev.ru>

Автореферат разослан 28 августа 2017 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,
доктор медицинских наук

Бутома Борис Георгиевич

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. Психические расстройства различной степени выраженности встречаются у 30–60% пациентов дерматологической практики (Смулевич А. Б., 2004; Basavaraj K., Navya M., Rashmi R., 2010; Rivers J., 2013). При этом особую группу среди дерматологических больных с коморбидной психической патологией составляют пациенты, страдающие дерматозами лица. По имеющимся данным, внимание к своей наружности и, главным образом, к лицу, особенно в молодом возрасте, является эволюционно обусловленным фактором, тесно связанным с особенностями филогенетического развития (Коркина М. В., 1984; Дороженок И. Ю., Матюшенко Е. Н., Олисова О. Ю., 2014).

Выявление психических нарушений у больных дерматозами лица затруднено их сходством с психологически понятными способами реагирования и поведения (Basavaraj K. H., Navya M. A., Rashmi R., 2010; Ghosh S. et al., 2013). В соответствии с гипотезой психосоматического параллелизма (Смулевич А. Б., 2011), принято считать, что, чем тяжелее течение дерматоза, тем тяжелее будет психическое расстройство. В то же время установлено, что при дерматозах лицевой локализации степень выраженности нозогенных реакций часто не коррелирует с тяжестью кожного поражения (Дороженок И. Ю., 2009).

У значительного числа пациентов с поздним началом акне обнаружена коморбидная психическая патология в виде обсессивно-компульсивного и бредового расстройств, социальных фобий, расстройств личности и дисморфофобии (Basavaraj K. H., Navya M. A., Rashmi R., 2010). При этом было отмечено, что в дерматологической практике суицидальное поведение в большей степени свойственно именно больным с лицевыми поражениями (Orion E., Wolf R., 2014). Ранняя диагностика невротических, связанных со стрессом, расстройств в подобных случаях способствует совершенствованию оказания суицидологической помощи в многопрофильных соматических стационарах (Прокопович Г. А., Пашковский В. Э., Софронов А. Г., 2013). У больных с первичной психической патологией лицо также нередко становится объектом для выражения основной симптоматики заболевания (Misery L. et al., 2012).

В исследованиях также было показано, что воспалительный процесс при специфических для лица дерматозах (акне, розацеа) имеет особенности, которые позволяют делать предположение о психосоматической природе этих заболеваний (Zouboulis C., Böhm M., 2004). В связи с высокой афферентной иннервацией лицевой области депрессия у больных дерматозами лица может модулировать различные соматические реакции (Gupta M. A., Gupta A. K., 2013).

Степень разработанности темы исследования. Несмотря на актуальность изучения психосоматических взаимосвязей, в настоящее время в литературе представлено сравнительно небольшое количество исследований по взаимовлиянию психической и кожной патологии. При этом, как в зарубежной (Orion E., Wolf R., 2014), так и в отечественной (Смулевич А. Б., Львов А. Н., 2008) литературе оценка механизмов развития психических расстройств при кожных заболеваниях представлена, в основном, с психологической и психосоциальной позиций без учета клинико-биологических аспектов. Как правило, внимание уделяется только общим концепциям без учета таких факторов как тип, характер и локализация дерматозов.

Результаты исследований организации и оказания специализированной помощи пациентам с коморбидной психической и соматической патологией свидетельствуют, что наиболее высокое качество лечения таких больных возможно только в случаях дифференцированного клинического подхода и с учетом особенностей ведущего психопатологического синдрома в структуре заболевания (Ванчакова Н. П. и др., 2013; Jafferany M. et al., 2010). При этом коррекция сопутствующей психической патологии в данных случаях ведет к улучшению комплайенса и качества жизни пациентов (Юрьев В. К., Хведелидзе М. Г., 2013; Петрова Н. Н., 2015).

Таким образом, представляется актуальным решение практически и теоретически значимых вопросов, связанных с распознаванием и дифференциальной диагностикой психических расстройств у больных хроническими дерматозами лица, а также разработка принципов комплексной медицинской помощи для этих больных.

Цель исследования – оптимизация диагностики и терапии психических расстройств, коморбидных наиболее часто встречающимся хроническим дерматозам лица.

Задачи исследования:

1. Установить частоту и феноменологические характеристики психических расстройств при наиболее часто встречающихся хронических дерматозах лица.
2. Исследовать качество жизни пациентов с хроническими дерматозами лица.
3. Выявить факторы, влияющие на развитие психических расстройств при хронических дерматозах лица.
4. Определить ведущие психопатологические симптомокомплексы у больных дерматозами лица с целью уточнения своевременной диагностики коморбидных психических расстройств.

5. Проанализировать особенности организации и оказания комплексной медицинской помощи пациентам с дерматозами лица с коморбидной психической патологией.

Научная новизна. Впервые проведен подробный комплексный анализ частоты и структуры психических расстройств у больных хроническими дерматозами лица. Выявлено, что у больных дерматозами лица отмечается значительная частота психических расстройств, превышающая таковую при дерматозах других косметически значимых локализаций. Определено преобладание у больных дерматозами лица психических расстройств тревожного круга.

Впервые установлено, что психические расстройства при дерматозах лица имеют сложный характер развития на основе взаимодействия биологических, психологических и средовых факторов.

Впервые с помощью метода математического моделирования выявлено, что образующими факторами в структуре тревожных расстройств у пациентов с дерматозами лица являются генерализованная тревога, вегетативная и сенсорная (чувство жара/холода, ощущение «покалываний» в конечностях) симптоматика, а в структуре депрессивных расстройств – сенситивные идеи отношения, расстройства сна, гастроинтестинальные симптомы и суточные колебания настроения.

Впервые установлено, что индивидуальный риск развития психической патологии при хронических дерматозах лица повышается с возрастом. При этом установлено, что снижение самооценки общего здоровья у больных дерматозами лица может быть как одним из факторов риска развития психических расстройств, так и образующим фактором в их структуре.

Выявлено, что тяжесть кожного заболевания существенно не повышает риск развития психических расстройств при дерматозах лица.

Были получены новые данные об особенностях организации и оказания комплексной медицинской помощи больным дерматозами лица.

Установлено, что в критериях для госпитализации больных дерматозами лица в психосоматическое отделение не учитываются пограничные психические нарушения и соматические эквиваленты тревоги и депрессии. Выявлено, что в виду отсутствия выделения основных симптоматических «мишеней» при диагностике психических расстройств, психофармакотерапия у больных дерматозами лица сводится к использованию различных форм препаратов при одинаковых нозологических единицах. Установлено, что, несмотря на положительный эффект от комплексной терапии, преимущество в курации больных дерматозами лица после выписки из психосоматического отделения в большинстве случаев отсутствует.

Практическая значимость исследования определяется разработкой дифференцированного подхода к ведению больных дерматозами лица с коморбидной психической патологией.

Полученные модели факторов риска психических расстройств и ведущих психопатологических симптомокомплексов у больных дерматозами лица дают практикующим врачам-дерматологам, психиатрам, организаторам здравоохранения возможность целенаправленно выделять группу риска в плане сопутствующих дерматозам психических расстройств.

Комплексная оценка образующих факторов психических расстройств, включая соматические эквиваленты тревоги и депрессии, может быть использована для ранней диагностики коморбидных дерматозам лица психических расстройств.

На основании установленных факторов риска и образующих факторов психических расстройств у больных дерматозами лица могут быть сформированы критерии для госпитализации пациентов, а также основные терапевтические «мишени» с индивидуализацией лечебно-диагностической тактики.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Психические расстройства, коморбидные хроническим дерматозам лица, отличаются по частоте и структуре от психической патологии, коморбидной дерматозам других косметически значимых локализаций. При этом тяжесть и структура психических расстройств изменяются с возрастом пациентов.

2. Психические расстройства у пациентов с хроническими дерматозами лица имеют сложные механизмы развития, основанные на взаимодействии биологических, психологических и средовых факторов. Тревожно-ипохондрические черты личности в совокупности с низкой самооценкой здоровья являются у пациентов с дерматозами лица одними из ключевых факторов риска развития психических расстройств.

3. В структуре тревожных расстройств у больных дерматозами лица доминирует генерализованная тревога в сочетании с сомато-вегетативными симптомами. Образующими факторами в структуре депрессивных расстройств являются наличие сенситивных идей отношения и соматизированных нарушений с суточными колебаниями настроения. Риск развития тревожных и депрессивных расстройств увеличивается с возрастом больных.

4. Комплексный междисциплинарный подход к больным дерматозами лица с коморбидной психической патологией требует разработки единых алгоритмов диагностики и лечения для оказания необходимого объема медицинской помощи этим пациентам.

Публикации и апробация диссертации. По теме диссертации опубликовано 30 печатных работ, включая публикации в зарубежных источниках и 4 статьи в российских рецензируемых научных журналах из перечня ВАК («Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 11. Медицина», «Психические расстройства в общей медицине», «Психическое здоровье», «Практическая медицина»).

Результаты исследования докладывались и обсуждались на XIV Всероссийской медико-биологической конференции молодых исследователей с международным участием «Фундаментальная наука и клиническая медицина. Человек и его здоровье» (Санкт-Петербург, 2011); XV Юбилейной Всероссийской медико-биологической конференции молодых исследователей с международным участием «Фундаментальная наука и клиническая медицина. Человек и его здоровье» (Санкт-Петербург, 2012); Всероссийской школе молодых ученых и специалистов в области психического здоровья с международным участием «Психиатрия вчера, сегодня, завтра» (Кострома, 2014); 2 конференции Европейской Ассоциации Психосоматической медицины (ЕАРМ) (Сибиу, Румыния, 2014); 12 весеннем симпозиуме Европейской Академии дерматологии и венерологии (ЕADV) (Валенсия, Испания, 2015); 16 конгрессе Европейского общества дерматологов и психиатров (ESDaP) (Санкт-Петербург, 2015); Всероссийской научно-практической конференции «Психиатрия – любовь моя!» (Ростов-на-Дону, 2016).

Вклад автора в проведенное исследование. Материалы, использованные в диссертации, получены в результате исследований, проведенных лично диссертантом. Автором были определены цель и задачи работы, объем и методы исследований, проведен анализ актуальной научной литературы по изучаемой проблеме. Автор лично обследовал каждого из пациентов, выполнял выкопировку данных из первичной медицинской документации. Математико-статистическая обработка данных проводилась с личным участием автора. Доля личного участия диссертанта составляет: более 90% в получении и накоплении научной информации; до 80% в математико-статистической обработке данных; более 85% в обобщении, анализе, интерпретации и внедрении результатов.

Объем и структура работы. Диссертация состоит из введения, 6 глав, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и приложения. Общий объем – 158 страниц, содержит 20 таблиц, 13 рисунков. Список литературы включает 174 источника, в том числе 43 отечественных и 131 иностранный.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования. Обследовано 100 пациентов, находившихся на амбулаторном лечении и динамическом наблюдении в Санкт-Петербургском государственном учреждении здравоохранения «Санкт-Петербургский городской кожно-венерологический диспансер» (СПб ГУЗ ГорКВД) с дерматозами различных локализаций. Для решения поставленных задач из полученной выборки были сформированы две группы больных: основная группа – 70 пациентов с дерматозами лица; группа сравнения – 30 пациентов, сопоставимых по всем характеристикам с основной группой, но с дерматозами других косметически значимых локализаций (волосистая часть головы, область шеи, кисти).

В соответствии с целью и задачами диссертационного исследования пациенты были отобраны с учетом следующих критериев: мужчины и женщины в возрасте от 14 до 66 лет, проходившие лечение в СПб ГУЗ ГорКВД, давшие согласие на обследование врачом-психиатром. Критерием включения в основную группу было наличие установленного врачом-дерматологом дерматоза с преимущественной локализацией на коже лица (акне, розацеа, розацеаподобный дерматит). Для группы сравнения критерием включения являлось наличие установленного врачом-дерматологом дерматоза косметически значимой локализации без вовлечения области лица.

В исследование не были включены пациенты, имевшие острую и/или декомпенсированную соматическую патологию, помимо основного дерматологического заболевания. К критериям исключения также были отнесены наличие выраженного интеллектуально-мнестического снижения, умственная отсталость и органическое поражение головного мозга. Не включались в исследование пациенты с псориазом и дерматозами без высыпаний с косметически значимой локализацией.

Возраст пациентов основной группы варьировал от 14 до 66 лет (средний возраст – $29,3 \pm 1,4$ года). Среди пациентов преобладали женщины (93%), мужчины составили 7% выборки. По диагностической принадлежности пациенты с дерматозами лица распределились следующим образом: акне взрослых – 20 пациентов (29%), юношеские акне – 35 (50%), розацеа – 12 (17%), розацеаподобный (периоральный) дерматит – 3 (4%).

Возраст пациентов группы сравнения колебался от 16 до 65 лет (средний возраст – $38,6 \pm 2,8$ года). 86,7% группы сравнения составили женщины, 13,3% – мужчины. В группе сравнения были представлены следующие виды дерматозов: красный плоский лишай – 8 пациентов (26,7%), экзема – 7 (23,3%), почесуха взрослых – 4 (13,3%), атопический дерматит в виде экземы кистей – 3 (10%), витилиго – 2 (6,7%), алопеция – 2 (6,7%), а также единичные случаи очаговой

склеродермии (3,3%), фиксированной эритемы (3,3%), кольцевидной гранулемы (3,3%) и гипопигментного пятна (3,3%).

Продолжительность кожного заболевания в основной группе варьировала от 6 месяцев до 30 лет (средняя длительность – $8,7 \pm 0,7$ года), в группе сравнения – от 2 месяцев до 20 лет (средняя длительность – $3,7 \pm 0,9$ года). Возраст дебюта дерматоза в основной группе составил от 11 до 56 лет; в группе сравнения – от 8 до 65 лет. Обострения течения кожного процесса в обеих группах отмечались от 1 до 4 раз в год.

Дерматологическое лечение у всех пациентов включало применение наружных и внутренних препаратов в зависимости от вида и тяжести дерматоза в соответствии с федеральными клиническими рекомендациями.

Для изучения особенностей организации комплексной медицинской помощи больным дерматозами лица методом экспертных оценок проводился анализ медицинской документации СПб ГУЗ ГорКВД за период с 1 января 2006 года по 1 апреля 2015 года. Были изучены результаты экспертной оценки статистических отчетов и историй болезни психосоматического отделения (ПСО) и обычных дерматологических отделений. Для подробного анализа особенностей лечения были отобраны истории болезни пациентов с лицевыми дерматозами (акне, розацеа, розацеаподобный дерматит, себорейный дерматит лица) ($n=45$).

Обследование пациентов носило комплексный характер и включало применение клинико-психопатологического, клинико-анамнестического и психометрического методов исследования. Все пациенты были амбулаторно обследованы дерматологом и психиатром. Оценивали вид и степень тяжести дерматоза, длительность и характер течения кожного заболевания. Анамнестические данные и информация, необходимая для формулировки диагноза психических расстройств были получены с использованием метода клинической беседы. Полученные данные фиксировались в разработанной автором анкете для структурирования клинической информации. Оценка ведущих психопатологических синдромов проводилась клинико-психопатологическим методом в соответствии с принятыми в отечественной психиатрии клиническими критериями. Диагнозы психических расстройств были выставлены на основании критериев Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10). Для скрининга тревожных и депрессивных расстройств использовалась Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS; Zigmond A. S., Snaith R. P., 1983). Для объективной количественной оценки психических расстройств использовались клинические градуированные шкалы тревоги и депрессии Гамильтона (HAM-A; Hamilton M., 1959; HAM-D; Hamilton M., 1960). Для оценки выраженности психопатологической симптоматики применялся опросник SCL-90-R (Derogatis L. et al., 1973).

Связанное со здоровьем качество жизни (КЖ) исследовалось с помощью нозонеспецифического опросника SF-36 (John E., Ware Jr., 1992).

В исследовании использовался метод математического моделирования на основе комплексного подхода. Для создания математических моделей межгрупповых различий использовался метод статусметрии (Разоренов Г. И., 1997).

Поскольку в основной группе и группе сравнения было только 5 и 4 мужчин, соответственно, и на уровне тенденции результаты их обследования были сопоставимы с женщинами, то статистическая обработка результатов по ним была включена в общие расчеты.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием стандартных методов параметрической и непараметрической статистики. Статистическая достоверность различий сравниваемых величин при их распределении, близком к нормальному, определялась при помощи t-критерия Стьюдента. Для показателей с заметно ассиметричным распределением выполнялась их симметризация. Для параметров, распределение которых не было приведено к нормальному, использовался критерий Манна-Уитни. Для сравнения распределения качественных признаков использовался точный критерий Фишера. Для количественных признаков выполнялись расчеты: M – среднего значения; m – стандартной ошибки среднего. Для качественных признаков рассчитывалось число пациентов с данным признаком и их процентная доля от выборки. Изучение корреляционной связи между показателями проводили с помощью методов линейного корреляционного анализа – критерия Спирмена (r).

Статистическая обработка материала выполнялась на ПЭВМ с использованием лицензированных версий стандартного пакета программ прикладного статистического анализа – IBM SPSS Statistics v. 20.0 и MS Excel 2010. Статистические гипотезы проверялись на уровне значимости $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Данные о наследственной отягощенности психическими заболеваниями в большинстве случаев отсутствовали. Только 6% от общего числа пациентов основной группы сообщили о наследственной отягощенности психическими заболеваниями. 7% больных основной группы в прошлом получали лечение у психиатра/психотерапевта в связи с трудностями адаптации, тяжелым депрессивным эпизодами, социальными фобиями. В группе сравнения помощь психиатра/психотерапевта в прошлом получали 7% пациентов в связи с эпизодами тревоги.

Психотравмирующие ситуации в основной группе имели место в 16 случаях (23%). Ухудшение кожного заболевания совпадало по времени с

психотравмирующими ситуациями в 21% случаев. В группе сравнения психотравмирующие ситуации были отмечены в 20% наблюдений. Половина этих пациентов допускала связь ухудшения течения кожного процесса с влиянием стрессора.

В структуре жалоб пациентов с дерматозами лица преобладало недовольство своим внешним видом (45 пациентов – 64%). 28 больных (40%) сообщали о наличии чувства тревоги, 12 пациентов (17%) отмечали умеренное снижение настроения. Жалобы на ощущение зуда, жжения в области кожных высыпаний предъявляли 12 пациентов с дерматозами лица (17% от общего числа обследованных). Жалобы пациентов с дерматозами лица также часто касались разнообразных телесных ощущений в области живота, болезненности в конечностях и суставах (14% всех больных дерматозами лица).

В группе сравнения пациентами наиболее часто предъявлялись жалобы на наличие высыпаний (23 пациента – 77%), чувство жжения, зуда (18 пациентов – 60%, $p < 0,05$). 17% пациентов группы сравнения жаловались на беспокойство и неустойчивость настроения ($p < 0,05$). Жалобы соматического характера, касающиеся функций ЖКТ и костно-суставного аппарата, были отмечены у 10% пациентов группы сравнения.

Психические расстройства, ассоциированные с дерматозами лица, были выявлены в 44% наблюдений. В структуре психопатологии преобладали расстройства тревожного круга (58% от общего числа расстройств). Наиболее часто по МКБ-10 были представлены следующие диагностические категории: «Другие тревожные расстройства» (F41) (38,7%), «Соматоформные расстройства» (F45) (19,3%) и «Реакция на стресс и нарушения адаптации» (F43) (12,9%).

Наибольшую долю (48%) среди больных дерматозами лица с психическими расстройствами составили пациенты с юношескими акне, 29% – с акне взрослых, 23% – с розацеа. Оценка частоты психических расстройств при отдельных формах дерматозов показала примерно одинаковые результаты (45% пациентов с акне взрослых, 43% – с юношескими акне и 47% – с розацеа).

У пациентов группы сравнения психические расстройства встречались реже, чем у пациентов с дерматозами лица (17% случаев, $p < 0,05$). Выявленные расстройства отличались значительно меньшей вариабельностью и преимущественно соответствовали категории «Реакция на стресс и нарушения адаптации» (F43). Один случай у больных группы сравнения был представлен психическими нарушениями психотического уровня (дерматозойным бредом) (F22.0).

Оценка психического состояния пациентов с использованием клинических шкал в целом подтвердила клинические данные. Так, больные дерматозами лица отмечали бóльшую выраженность тревожных переживаний и

более выраженное снижение настроения, чем больные дерматозами других локализаций (таблица 1).

Таблица 1 – Характеристика выраженности тревоги и депрессии согласно самооценке больных по Госпитальной шкале

Показатель Госпитальной шкалы	Основная группа n=70 M±m	Группа сравнения n=30 M±m	Достоверность различий
Тревога (баллы)	6,60±0,36	4,03±0,53	p<0,05
Депрессия (баллы)	4,29±0,34	2,50±0,42	p<0,05

Оценка выраженности тревоги и депрессии по шкалам Гамильтона продемонстрировала значимые различия уровня тревоги, который оказался выше в основной группе (5,20±0,46 и 3,13±0,61 балла по шкале тревоги Гамильтона, соответственно, p<0,05).

Оценка структуры тревожных расстройств по шкале Гамильтона показала, что у больных основной группы были наиболее выражены генерализованная тревога и чувство напряжения (1,19±0,09 и 0,86±0,09 балла, соответственно). При этом для больных дерматозами лица в большей степени, чем для больных дерматозами других локализаций были характерны соматизированные нарушения, представленные преимущественно вегетативной симптоматикой (0,53±0,07 балла для основной группы и 0,23±0,08 балла для группы сравнения, p<0,05). Больные дерматозами лица также в большей степени страдали от нарушений сна (0,44±0,06 балла), чем больные дерматозами других локализаций (0,17±0,08 балла, p<0,05).

В структуре депрессивных расстройств у пациентов основной группы преобладали гипотимия (0,71±0,09 балла) и постоянная разлитая тревога с чувством напряжения (0,70±0,11 балла). Также в клинической картине депрессивных расстройств у пациентов с дерматозами лица были более выражены сомато-вегетативные проявления тревоги (0,36±0,08 балла для основной группы и 0,17±0,08 балла для группы сравнения, p<0,05).

Количественная оценка выраженности психических расстройств по шкале SCL-90 в целом подтвердила преобладание психических нарушений невротического уровня, как в основной группе, так и в группе сравнения (таблица 2).

Таблица 2 – Характеристика психического состояния больных по данным шкалы SCL-90

Показатель SCL-90	Основная группа (M±m) Баллы	Группа сравнения (M±m) Баллы	Нормативные показатели (M±m) Баллы
SOM	0,60±0,04*	0,45±0,06**	0,44±0,03
OC	0,59±0,04*	0,44±0,08**	0,75±0,04
INT	0,71±0,05	0,67±0,12	0,66±0,03
DEP	0,56±0,05	0,44±0,07	0,62±0,04
ANX	0,57±0,05*	0,44±0,09	0,47±0,03
HOS	0,50±0,04*	0,44±0,09	0,60±0,04
PHOB	0,32±0,04*	0,28±0,07	0,18±0,02
PAR	0,41±0,04*	0,28±0,05**	0,54±0,04
PSY	0,36±0,03*	0,25±0,06	0,30±0,03
ADD	0,47±0,04	0,25±0,05	0,49±0,03
GSI	0,54±0,04	0,40±0,06**	0,51±0,02
PST	34,94±1,85	27,13±2,85**	21,39±2,02
PDSI	4,07±1,00*	2,68±0,85	1,17±0,05

Примечание.

* – отличие от нормативных показателей достоверно ($p < 0,05$); ** – отличие от показателей основной группы достоверно ($p < 0,05$) (критерий Стьюдента).

SOM – Соматизация; OC – Obsessivness-compulsiveness; INT – Межличностная тревожность; DEP – Депрессивность; ANX – Тревожность; HOS – Враждебность; PHOB – Фобии; PAR – Паранойяльность; PSY – Психотизм; ADD – Дополнительные пункты; GSI – Общий балл; PST – Индекс проявления симптоматики; PDSI – Индекс выраженности дистресса.

При сравнении с нормативными значениями было установлено, что выраженность психических нарушений у пациентов с дерматозами лица была выше, чем по популяции. В основной группе статистически достоверно были более выражены, чем в популяции, соматизированные расстройства, тревога и раздражительность. Больным дерматозами лица также в большей степени, чем в популяции, были свойственны страхи, связанные с посещением общественных мест и повышенное ощущение внимания окружающих.

У пациентов с дерматозами лица в большей степени, чем у пациентов с дерматозами других локализаций были выражены вегетативные эквиваленты тревоги и соматизированные расстройства. Пациенты обеих групп примерно в равной степени оценивали чувство неловкости и дискомфорта при пребывании

в общественных местах. В то же время, пациенты с дерматозами лица были более склонны считать, что на состояние их кожи обращают внимание и обсуждают «за их спиной». Аффективная насыщенность данных переживаний, их синтонность с личностью больных и наличие критического отношения к этим идеям позволяет отнести их к группе сверхценных нарушений. Навязчивые действия, представленные в основном стремлением увидеть высыпания в зеркале, были более выражены у пациентов с дерматозами лица, чем у пациентов с дерматозами других локализаций. Суммарные показатели шкалы SCL-90 (GSI, PST) также были выше у пациентов с дерматозами лица в сравнении с пациентами с дерматозами других косметически значимых локализаций.

Личностные расстройства были установлены у 17% пациентов основной группы и у 13% пациентов группы сравнения. В структуре расстройств личности у пациентов с дерматозами лица доминировали расстройства тревожного (33,3%), истероидного (25%) и шизоидного круга (25%).

При оценке качества жизни пациентов по нозонеспецифическому опроснику SF-36 было установлено, что большинство показателей как физического, так и психического функционирования достоверно отличались в худшую сторону у пациентов с дерматозами лица в сравнении с пациентами с дерматозами других локализаций (см. рисунок).

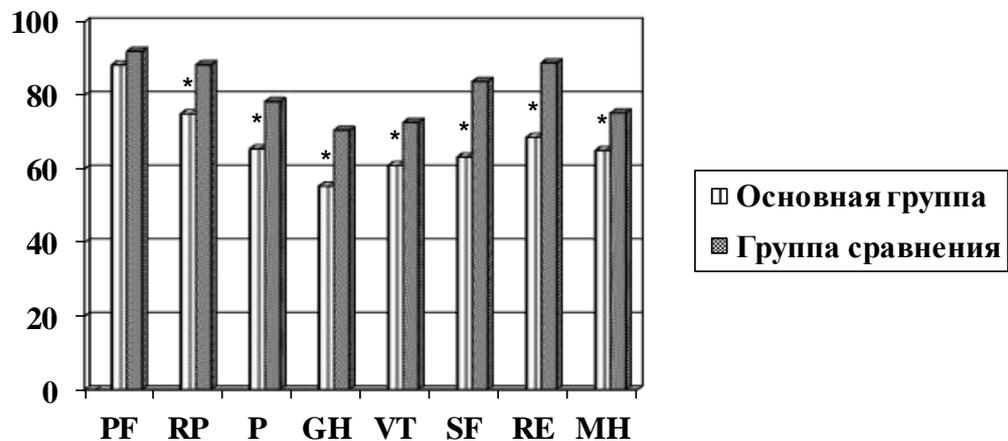


Рисунок. Качество жизни пациентов с дерматозами различной локализации (по результатам опросника SF-36) (* – $p < 0,05$).

Примечание к рисунку.

* – Статическая значимость различий между группами на уровне $p < 0,05$ (критерий Стьюдента).

Физический компонент здоровья: 1) PF – способность к физическим нагрузкам; 2) RP – влияние физического состояния на ролевое функционирование; 3) P – интенсивность боли; 4) GH – общее состояние здоровья. Психологический компонент здоровья: 5) VT – активность, энергичность; 6) SF – социальное функционирование; 7) RE – влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование; 8) MH – психическое здоровье.

Наиболее сниженным по отношению к пациентам группы сравнения у пациентов основной группы был психологический компонент здоровья, в частности, за счет ограничения круга общения и социальной активности. У пациентов с дерматозами лица в большей степени была выражена неудовлетворённость своим состоянием при выполнении работы, в повседневной деятельности и ролевом функционировании. Значимо более низким в основной группе был и показатель удовлетворенности психическим здоровьем в целом.

Оценка психосоматических взаимосвязей в группе пациентов с дерматозами лица показала, что возраст пациентов значимо влиял на общую тяжесть психического состояния. Это подтверждалось наличием положительных корреляций с индексом имеющегося симптоматического дистресса шкалы SCL-90 ($r=0,25$, $p<0,05$).

Отмечена большая выраженность депрессии, согласно самооценке, у пациентов относительно старшего возраста ($r=0,24$, $p<0,05$). Выявлены значимые взаимосвязи между характеристиками кожного заболевания и психическими расстройствами. Так, длительность течения дерматозов лица усугубляла выраженность сенситивных идей отношения у больных ($r=0,26$, $p<0,05$). Тяжесть кожного поражения усугубляла объективную выраженность тревожных переживаний ($r=0,28$, $p<0,05$), а также выраженность соматизированных расстройств ($r=0,32$, $p<0,01$), паранойяльности ($r=0,34$, $p<0,01$) и общей тяжести симптоматики ($r=0,29$, $p<0,05$).

Клиническое впечатление о значительной частоте соматизированной тревоги подтвердилось взаимосвязью тревоги (по шкале тревоги Гамильтона) с наличием соматических симптомов ($r=0,27$, $p<0,05$). Большая выраженность тревоги у больных дерматозами лица сопровождалась снижением самооценки и нарастанием затруднений в межличностном общении ($r=0,28$, $p<0,05$). Выраженная депрессия (по шкале Гамильтона) сопровождалась развитием ипохондрических нарушений (мысли о том, что кожное заболевание может быть проявлением более серьезной патологии) ($r=0,28$, $p<0,01$). Тревога и депрессия обуславливали выраженность общей тяжести психического состояния у пациентов с дерматозами лица ($r=0,37$, $p<0,01$ и $r=0,30$, $p<0,05$, соответственно).

Характеристика психической патологии у пациентов разных возрастных групп

Для оценки особенностей структуры и механизмов формирования психической патологии у пациентов с дерматозами лица больные основной группы были разделены на две возрастные категории. Группу молодого возраста (подгруппа 1) составили больные моложе 25 лет (средний возраст – $21,0\pm 0,4$ года); группу старшего возраста (подгруппа 2) – больные от 25 лет

включительно и более (средний возраст – $37,5 \pm 2,0$ года). Данный возраст в дерматологической практике служит критерием для выделения юношеских и взрослых форм акне (Родионов А. Н., 2011; Jansen T., Janßen O. E., Plewig G., 2013).

Психические расстройства встречались в обеих подгруппах примерно с одинаковой частотой (43% случаев для первой подгруппы; 46% – для второй подгруппы). При этом больным первой подгруппы в большей степени были свойственны жалобы на тревогу и склонность к формированию расстройств адаптации (20% в структуре всех психических расстройств подгруппы). В клинической картине у больных второй подгруппы чаще фигурировали жалобы на апатию, подавленность, сниженное настроение. Депрессивный эпизод (в анамнезе) (F32) встречался только в подгруппе старшего возраста (18,75% случаев).

Оценка структуры тревоги с использованием шкалы тревоги Гамильтона показала, что пациентам первой подгруппы были свойственны проявления социофобии ($0,77 \pm 0,12$ балла). В тоже время, для пациентов второй подгруппы были более характерны соматические сенсорные симптомы ($0,49 \pm 0,10$ балла). Наличие у больных более старшего возраста данной симптоматики в сочетании с повышенной утомляемостью ($0,57 \pm 0,11$ балла) и умеренным снижением настроения могла соответствовать наличию маскированных форм депрессии.

Оценка структуры депрессии при помощи шкалы депрессии Гамильтона показала, что для пациентов первой подгруппы были в большей степени характерны сенситивные идеи отношения в виде чувства собственной ущербности и стыда при общении с окружающими ($0,22 \pm 0,11$ балла). У пациентов с дерматозами лица более старшего возраста была отмечена бóльшая выраженность соматических эквивалентов тревоги ($0,54 \pm 0,13$ балла), чем у пациентов более молодого возраста ($0,17 \pm 0,08$ балла, $p < 0,05$).

Тяжелое течение кожного процесса у пациентов более молодого возраста определяло выраженность общей тяжести психического состояния (по шкале SCL-90) ($r=0,46$, $p < 0,01$) и тревожных переживаний (по шкале Гамильтона) ($r=0,48$, $p < 0,01$).

Установлено, что с увеличением возраста больных растет тяжесть психических нарушений. У пациентов старшего возраста и с более поздним дебютом дерматозов депрессия была выражена сильнее, как по самооценке (по Госпитальной шкале) ($r=0,43$ и $r=0,37$, $p < 0,05$), так и объективно (по шкале депрессии Гамильтона) ($r=0,40$, $p < 0,05$ и $r=0,47$, $p < 0,01$). Более длительное течение дерматозов у пациентов более старшего возраста усугубляло выраженность соматизированных расстройств ($r=0,35$, $p < 0,05$), усиливало сенситивные идеи отношения ($r=0,46$, $p < 0,01$) и ухудшало показатели общего индекса тяжести ($r=0,37$, $p < 0,05$) по SCL-90.

Образующие факторы в структуре и развитии психических расстройств у больных хроническими дерматозами лица

С помощью метода статусметрии по результатам клинико-психопатологического и психометрического обследования пациентов с дерматозами лица были построены математические модели. Для оценки ведущих симптомокомплексов в клинической структуре тревожных и депрессивных расстройств соответствующие математические модели были выполнены по результатам клинико-психопатологического обследования больных и оценки психического состояния пациентов при помощи шкал тревоги и депрессии Гамильтона.

После выбора комплекса наиболее информативных показателей была построена модель для обобщенного показателя:

Z ***Психическое расстройство «+» – психическое расстройство «-»*** критерия межгрупповых различий для пары групп пациентов «выборка с психическими расстройствами – выборка без психических расстройств» (ошибка модели составила 12,9%).

Анализ данных выявил, что «стрессовой» основой в формировании психических расстройств у пациентов с дерматозами лица была тревожная симптоматика ($b=0,808$). Повышенная склонность к формированию тревожных реакций может способствовать развитию психических расстройств у данной группы больных и быть одним из факторов возникновения/обострения кожной патологии. Другим образующим фактором в структуре психических расстройств у больных с дерматозами лица являлась гипотимия ($b=0,283$). Средняя выраженность депрессии по шкале Гамильтона соответствовала субклиническим значениям ($5,37 \pm 0,88$ балла). Это может указывать на то, что у больных с дерматозами лица субклинически выраженное снижение настроения может способствовать негативной оценке своего состояния с формированием уязвимости к клинически значимым формам аффективных расстройств.

Риску развития психических нарушений способствовала более низкая оценка пациентами показателей общего здоровья в структуре качества жизни ($b = -0,280$). Склонность к негативному взгляду на свое состояние у пациентов с дерматозами лица могла усугублять восприятие кожного заболевания и способствовать формированию сверхценных образований с фиксацией на проявлениях кожной патологии. При этом в дальнейшем возможно и формирование «обратной» связи, когда с нарастанием тревожных и депрессивных расстройств пациенты более негативно оценивали свое общее здоровье. Частое сочетание ипохондрических тенденций с тревожными чертами у пациентов с дерматозами лица может говорить о преобладании у таких больных тревожно-ипохондрических особенностей личности.

Возраст пациентов оказывал влияние на развитие психических расстройств ($b=0,232$). Согласно полученной модели с увеличением возраста

повышалась выраженность психопатологической симптоматики и риск формирования психической патологии.

Обращает на себя внимание, что показатели тяжести кожного заболевания не были включены в финальную модель.

Модель межгрупповых различий также была построена для оценки клинической структуры тревоги (ошибка модели – 17,1 %). На основании полученной модели можно сделать выводы о том, что «стержневым» симптомом тревожных расстройств было наличие генерализованной тревоги ($b=0,825$). Другими образующими факторами тревожных расстройств было наличие у пациентов с дерматозами лица выраженных вегетативных ($b=0,264$) и сенсорных ($b=0,222$) симптомов. Возраст был одним из значимых факторов, способствующих повышению риска развития психических расстройств ($b=0,311$).

Анализ модели межгрупповых различий в структуре депрессии у больных дерматозами лица (ошибка модели – 29,4%) позволил сделать следующее заключение: ключевым симптомом, определяющим структуру депрессивных нарушений у больных дерматозами лица, были сенситивные идеи отношения ($b=0,592$). Обращает на себя внимание то, что одним из определяющих факторов в структуре депрессивной патологии были суточные колебания настроения ($b=0,466$). К значимым факторам в структуре депрессивных расстройств также относились расстройства сна (ранняя ($b=0,442$) и средняя ($b=0,255$) формы бессонницы). Для больных дерматозами лица характерна соматизация депрессии с преобладанием «маски» по типу абдоминальных нарушений ($b=0,254$). Риск развития депрессивных расстройств увеличивался с возрастом пациентов ($b=0,325$).

Результаты анализа комплексной медицинской помощи больным дерматозами лица

По результатам данных экспертной оценки историй болезни психосоматического отделения (ПСО) СПб ГУЗ ГорКВД было установлено, что в период с 1 января 2006 года по 31 декабря 2014 года стационарное лечение в условиях ПСО прошли 3497 пациентов с различными дерматозами (таблица 3). Доля больных с дерматозами лица от общего числа пациентов ПСО за этот период ежегодно варьировала (от 0,80% до 2,72%).

Таблица 3 – Распределение пациентов ПСО по дерматозам

Год	Количество пролеченных в ПСО пациентов	Больные с дерматозами лица		Больные с псориазом		Больные с экземой	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
2006	376	3	0,8	98	26,06	112	29,79
2007	420	6	1,43	134	31,91	142	33,81
2008	409	2	0,49	100	24,45	151	36,92
2009	368	10	2,72	85	23,10	113	30,71
2010	399	6	1,50	91	22,81	139	34,84
2011	341	3	0,88	68	19,94	140	41,06
2012	392	5	1,28	96	24,49	143	36,48
2013	407	8	1,97	94	23,10	144	35,38
2014	385	7	1,82	99	25,71	130	33,77
Всего	3497	50	1,42	865	24,7	1214	34,7

На основании подробного анализа истории болезни 2014 и 2015 годов было выявлено, что стационарное лечение в СПб ГУЗ ГорКВД в связи с дерматозами лица прошло 45 пациентов. Дерматозы лица в вышеуказанных случаях были представлены, преимущественно, розацеа – 25 пациентов (55%) и себорейным дерматитом с лицевой локализацией – 16 (35%).

Распределение пациентов с дерматозами лица по отделениям было следующим: в условиях обычных дерматологических отделений (ДО) пролечено 15 пациентов (34%), в условиях дневного стационара – 20 пациентов (44%), в условиях психосоматического отделения (ПСО) – 10 пациентов (22%). Из пациентов с дерматозами лица, проходивших лечение в ПСО, наибольшую часть составили пациенты с диагнозом розацеа – 80%, у 20% был диагностирован себорейный дерматит с лицевой локализацией.

Пациенты были направлены на госпитализацию по результатам консультации собственно ГорКВД – 20 пациентов (45%), КВД по месту жительства – 16 (35%), поликлиникой / соматическим стационаром / консультативно-профилактическим кабинетом – 9 (20%). Ни в одном случае, включая поступления в ПСО, не фигурировало направления от врача-психиатра. Во всех случаях распределение пациентов по отделениям выполнялось по решению отборочной комиссии. При этом в большинстве случаев четкие обоснования причин направления в ПСО отсутствовали. Только в 2 случаях имелись указания на «тяжесть кожного процесса» и «повышенную тревожность».

Возраст пациентов, прошедших стационарное лечение варьировал от 18 лет до 81 года (средний возраст – $48,9 \pm 2,7$ года). Средний возраст для пациентов ПСО при этом составил $58,4 \pm 5,3$ года; $45,3 \pm 3,9$ года – для пациентов дневного стационара и $47,2 \pm 4,9$ года – для пациентов обычных стационарных отделений. Подобная возрастная характеристика больных характерна не только для пациентов с дерматозами лица, но и для пациентов ПСО в целом.

Период продолжительности пребывания пациентов в ПСО был от 1 до 42 койко-дней (к/д) и в среднем составил 20 ± 4 к/д. Обращает на себе внимание и то, что наиболее длительный койко-день в ПСО характерен для пациентов с тяжелыми дерматозами и в меньшей степени связан с тяжестью психических нарушений. Согласно имеющимся данным, 40% пациентов с дерматозами лица было выписано преждевременно из ПСО по собственному заявлению в связи с семейными обстоятельствами/неудовлетворённостью обследованием, условиями пребывания. В то же время, продолжительность госпитализации таких пациентов в обычных дерматологических отделениях составила от 6 до 25 к/д (в среднем – $17,0 \pm 1,4$ к/д). Преждевременно по собственному заявлению из обычных дерматологических отделений выписалось 13% пациентов. Продолжительность госпитализации в условиях дневного стационара варьировала от 2 до 32 к/д (в среднем – $19,0 \pm 1,5$ к/д). 1 пациент (5%) был выписан за нарушение стационарного режима. Таким образом, можно видеть, что продолжительность комплексного лечения в ПСО превышала таковую в обычных отделениях и условиях дневного стационара.

При оценке структуры жалоб пациентов при поступлении в стационар было установлено, что в большинстве случаев (33 пациента – 73%) их беспокоило «наличие высыпаний на лице». 32 пациента (71%) также сообщали о наличии кожного зуда; 16 пациентов (35%) указывали в жалобах «покраснение/красноту» кожи лица. Согласно проанализированной медицинской документации, необычные по своему содержанию первичные жалобы предъявляло при поступлении около 18% пациентов (из них 75% проходило лечение в условиях ПСО).

Психические расстройства были диагностированы в 14 случаях (31%) от общего числа госпитализаций: 10 диагнозов сформулированы психиатром ПСО, 4 – консультирующим психотерапевтом обычного дерматологического отделения. Установленные психические расстройства были представлены следующими нозологическими формами (таблица 4).

Таблица 4 – Психические расстройства, диагностированные у стационарных пациентов ГорКВД с дерматозами лица

Диагноз	Код по МКБ-10	Количество пациентов
Ипохондрическое расстройство	F45.2	1
Психологические и поведенческие факторы, связанные с расстройствами, классифицированными в других рубриках	F54.0	2
Истерическое развитие личности	F60.4	3
Органическое бредовое расстройство	F06.2	1
Дистимия с психосоматизацией	F34.1	1
Расстройство адаптации с психосоматизацией/Реакция на кожное заболевание	F43.28	3
Органическое непсихотическое расстройство смешанного генеза с легким когнитивным снижением	F06.82	1
Острая реакция на стресс/Тревожный синдром	Не выставлен	2
Всего:		14

Данных о наследственной отягощённости психическими заболеваниями не было выявлено ни в одном случае. Также во всех случаях, включая случаи пациентов, проходивших лечение в ПСО, отсутствовали какие-либо данные о наблюдении/лечении у врача-психиатра до поступления в дерматологический стационар. У пациентов с дерматозами лица, прошедших стационарное лечение, все психические расстройства были выявлены первично. Психические расстройства у пациентов с дерматозами лица, прошедших стационарное лечение, были представлены преимущественно расстройствами невротического спектра (93% пациентов с психическими нарушениями). Симптоматика невротического уровня у пациентов с дерматозами лица, проходивших лечение в ПСО, была представлена преимущественно тревожно-ипохондрическим синдромом.

Совместная длительная курация двумя специалистами (дерматологом и психиатром/психотерапевтом) проводилась только у пациентов ПСО и 4 пациентов обычных ДО. Последние проходили наблюдение у психотерапевта после направления к нему лечащим врачом-дерматологом. Таким образом, психофармакотерапия/психотерапия были включены в терапию только у пациентов с диагностированным психиатром/психотерапевтом психическими нарушениями. Согласно проанализированным данным, психофармакотерапия была использована в 79% случаев наличия психической патологии (во всех вышеуказанных случаях имеются также указания на проведение регулярных психотерапевтических бесед). Психотерапевтические методы без применения лекарственной терапии применены в 21% случаев. Подробная информация о видах использованных психотерапевтических методик в медицинской документации отсутствовала.

Терапевтические методики в условиях ПСО отличались выраженной вариабельностью вне зависимости от указанных синдромальных/нозологических единиц (таблица 5).

Таблица 5 – Психофармакотерапия у больных с дерматозами лица в ГорКВД

Основные группы использованных препаратов	Удельный вес	Использованные препараты	Удельный вес	Нозологические единицы (по МКБ-10)
Антипсихотики	29,4%	Тиоридазин	17,6%	F42.28
		Трифлуоперазин	5,9%	F06.2
		Хлорпротиксен	5,9%	F60.4
Антидепрессанты	29,4%	Тразадон	23,5%	F06.2;F34.1; F60.4
		Агомелатин	5,9%	F06.2;F60.4
Транквилизаторы Анксиолитики	29,4%	Феназепам	5,9%	F06.2
		Валериана	17,6%	F42.28
		Аминофенилмасляная кислота	5,9%	F45.2
Метаболическая терапия	11,8%	Церебролизин	5,9%	F06.2
		Пентоксифиллин	5,9%	

Во всех случаях психических расстройств выявлено улучшение психического состояния. Все пациенты были выписаны из стационара с улучшением кожного статуса, психического состояния домой с рекомендацией наблюдения в КВД по месту жительства. Только в 7% случаев от всех психических расстройств (диагноз «Ипохондрическое расстройство») имелись

письменные рекомендации дальнейшего наблюдения у врача-психиатра. В двух случаях были даны письменные рекомендации дальнейшего приема поддерживающей психофармакотерапии. В 3 случаях имелась запись о том, что психиатром при выписке «даны рекомендации» без указания конкретных данных. Информация о передаче медицинских сведений в психоневрологические учреждения, дальнейших посещениях пациентами врача-психиатра и приеме поддерживающей терапии отсутствовала.

Таким образом, единый алгоритма ведения больных дерматозами лица с коморбидной психической патологией отсутствует. Оптимизации помощи подобным пациентам может способствовать формирование более детальных и четких показаний для госпитализации в ПСО и введение критериев использования психотерапевтических и психофармакологических методов лечения у больных дерматозами лица. Также необходимо уделить внимание развитию преемственности в работе ПСО и психиатрических ЛПУ. Этому может способствовать регулярное предоставление пациенту рекомендаций возможной психофармакотерапии, психотерапии на этапе выписки из стационара.

ВЫВОДЫ

1. Частота психических расстройств при поражении области лица (44%) превышает таковую при дерматозах других косметически значимых локализаций (17%, $p < 0,05$). Наиболее часто при хронических дерматозах лица наблюдаются психические расстройства тревожного круга – 58% в структуре всех выявленных расстройств.

2. Показатели качества жизни пациентов с дерматозами лица значительно ниже по параметрам как физического, так и психического функционирования в сравнении с больными дерматозами других локализаций. Наиболее сниженной у пациентов с дерматозами лица является психологическая составляющая качества жизни за счет удовлетворенности уровнем социального и ролевого функционирования.

3. При хронических дерматозах лица наибольшему риску развития тревожных и депрессивных расстройств подвержены пациенты старшего возраста со склонностью к низкой самооценке здоровья. Основными синдромообразующими факторами психических расстройств у таких больных являются генерализованная тревога и гипотимия.

3.1. В структуре тревожных расстройств синдромообразующими симптомами у больных с дерматозами лица являются генерализованная тревога и вегето-сенсорная симптоматика. В структуре депрессии – сенситивные идеи отношения, суточные колебания настроения, диссомнические расстройства и соматизированные гастроинтестинальные симптомы.

3.2. Для больных дерматозами лица молодого возраста более характерны проявления социофобии и сенситивные идеи отношения, для больных старшего возраста – соматические эквиваленты тревоги и депрессии.

4. Единый подход к организации и оказанию комплексной медицинской помощи больным дерматозами лица с коморбидной психической патологией в настоящее время отсутствует.

4.1. Основными направлениями для разработки единого подхода являются детализация показаний к госпитализации таких больных, выделение четких терапевтических «мишеней» психофармакотерапии и развитие преемственности в курации пациентов.

4.2. Генерализованная тревога, гипотимия и сенситивные идеи отношения могут быть выбраны в качестве основных терапевтических «мишеней» для психофармакотерапии больных дерматозами лица.

Практические рекомендации

1. С целью оказания оптимальной медицинской помощи пациентам с дерматозами лица необходимо при проведении обследования уделять особое внимание коморбидным психическим расстройствам, включая расстройства невротического уровня и соматические эквиваленты тревожных и депрессивных расстройств.

2. Наличие у больных дерматозами лица генерализованной тревоги, гипотимии, вегето-сенсорной симптоматики, гастроинтестинальных симптомов, диссомнических нарушений позволяет отнести данных пациентов к группе повышенного риска наличия коморбидных психических расстройств.

3. Оценка выраженности отдельных, «ключевых» симптомов при помощи психометрических шкал может быть использована при первичном выделении основных групп риска по коморбидной психической патологии. Разработанные статусметрические модели могут быть использованы в качестве дополнительного инструмента прогнозирования развития коморбидных дерматозам лица психических расстройств.

4. На основании проведенного анализа психопатологии основными препаратами выбора для терапии коморбидных дерматозам лица психических расстройств являются анксиолитические препараты и антидепрессанты.

5. На этапе выписки пациентов из дерматологического стационара необходимо соблюдение преемственности в ведении больных с рекомендациями психофармакотерапии, психотерапии.

Список основных работ, опубликованных по теме диссертации

Научные статьи в журналах по перечню ВАК

1. Рукавишников Г. В. Психическое состояние и качество жизни пациенток с акне в динамике терапии наружными ретиноидными препаратами / Г. В. Рукавишников, С. С. Леденцова, Н. Н. Петрова, И. О. Смирнова // Вестник СПбГУ, серии 11 «Медицина». – 2013. –выпуск 3. – С. 85-90.
2. Рукавишников Г. В. Структура психической патологии пациентов разных возрастных групп с дерматозами лица / Г. В. Рукавишников, Н. Н. Петрова, И. О. Смирнова // Психические расстройства в общей медицине [под ред. А.Б. Смулевича]. – 2016. –№ 1. – С. 22-26.
3. Рукавишников Г. В. К вопросу о формировании психических расстройств при кожных заболеваниях различной локализации / Г. В. Рукавишников, Н. Н. Петрова // Психическое здоровье. – 2016. - №11 (126). –С. 58-64.
4. Рукавишников Г. В. Образующие факторы в структуре и развитии психических расстройств у больных хроническими дерматозами лица / Г. В. Рукавишников, Н. Н. Петрова // Практическая медицина. – 2017. – №1 (Том 2), 102. – С. 37-39.

Другие научные публикации

5. Рукавишников Г. В. Особенности клинической картины психических расстройств у пациентов с дерматозами лица / Г. В. Рукавишников // «Психиатрия вчера, сегодня, завтра» Материалы Всероссийской школы молодых ученых и специалистов в области психического здоровья с международным участием. – НЦПЗ РАМН, 2014. – С.156-159.
6. Rukavishnikov G. Anxiety and Depression in the sample of patients with facial dermatoses / G. Rukavishnikov // – EAPM-2014 Psychologische Medizin, Nummer 1. EAPM Support Wien. – 25, Jahrgang, 2014. – P. 55.
7. Rukavishnikov G. V. "Mirror, mirror...": psychopathology in a sample of patients with facial dermatoses / G. V. Rukavishnikov, N. N. Petrova, I. O. Smirnova // Proceedings of EAPM 2014, Medimonds. r.l. International proceedings, Italy, 2014. – P. 262-266.
8. Rukavishnikov G. V. The role of psychological factor in patients with facial dermatoses / G. V. Rukavishnikov, N. N. Petrova, I. O. Smirnova // 12th EADV Spring Symposium, Valencia, Spain from 05-08 March 2015. – Abstract ID: VAL15-0420.
9. Рукавишников Г. В. Комплексные механизмы формирования психических нарушений у пациентов с хроническими дерматозами лица / Г. В. Рукавишников // Материалы XII Всероссийской школы молодых ученых и специалистов в области психического здоровья с международным участием. – НЦПЗ РАМН, 2015. – С.288-291.

10. Rukavishnikov G. V. Structure and severity of mental disorders in patients with facial dermatoses / G. V. Rukavishnikov // Acta Dermato-Venereologica. – Vol. 95. – 2015. – No. 5. – P. 22.

Список использованных сокращений

СПб ГУЗ ГорКВД – Санкт-Петербургский городской кожно-венерологический диспансер

ЛПУ – Лечебно-профилактическое учреждение

МКБ – Международная классификация болезней

ПСО – Психосоматическое отделение

ПЭВМ – Персональная электронно-вычислительная машина

HADS – Госпитальная шкала тревоги и депрессии

НАМ-А – Шкала тревоги Гамильтона

НАМ-D – Шкала Гамильтона для оценки депрессии

SCL-90-R – Опросник «Symptom Checklist 90 Revised»

SF-36 – Опросник качества жизни «Medical Outcome Study Short Form 36»

Подписано в печать 24.07.2017. Формат 60 x 84/16.

Отпечатано с готового оригинал-макета
в типографии СПб НИПНИ им В. М. Бехтерева

Печать ризографическая. Усл. печ. л. 1.

Заказ № 338/17. Тираж 100 экз.

Типография СПб НИПНИ им В. М. Бехтерева
192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева д. 3, тел. 670-62-71